

Univerzita Karlova
Filosofická fakulta
Katedra psychologie



Bakalářská práce

Eva Kulhánková

Rizikové faktory v rodině přispívající k užívání drog u dospívajících

Risk factors in family contributing to drug use among youth

Praha 2017

vedoucí práce

PhDr. Simona Horáková Hoskovcová, Ph.D.

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí PhDr. Simoně Horákové Hoskovcové, Ph.D. za podnětné návrhy a připomínky, které mi poskytla, a také za podporu a trpělivost při konzultacích. Mé poděkování patří též mé rodině a přátelům za poskytnutou oporu a útěchu během psaní.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádné citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....
Eva Kulhánková

Abstrakt

Cílem této práce je zmapovat rizikové faktory v rodině, které přispívají k užívání drog u dospívajících. V literárně-přehledové části je uvedeno, proč právě období dospívání je pro užívání drog rizikové a jaký význam má v tomto období rodina. Stěžejní část práce je věnována popisu hlavních rodinných rizikových faktorů, které jsou rozděleny na biologické, psychologické a sociální dle bio-psycho-sociální modelu. Ačkoli se jedná o mezioborové téma, práce se snaží nahlížet na rizikové faktory především z pohledu psychologie.

Návrh projektu se zabývá vytvářením nástroje, kterým by bylo možné identifikovat rizikové jedince na základě zmapování jednotlivých rizikových faktorů v rodině. V rámci tohoto vytváření je také uveden podrobnější návrh validizační studie. Výsledkem by měl být kvalitní inventář, který by mohl být důležitou implikací pro preventivní opatření.

Klíčová slova

Dospívající, užívání drog, rizikové faktory v rodině

Abstract

The aim of this thesis is to map risk factors in a family which are contributing to drug use among youth. In literary overview is written, why especially period of adolescence is hazardous for drug use and what role does family have in this period. Crucial part of the thesis is dedicated to description of main family risk factors, which are divided into biological, psychological and social factors according to bio-psycho-social model. Although it is an interdisciplinary topic, this thesis tries to aim risk factors from the perspective of psychology.

The project proposal deals with creation of a tool, which could be used to identify hazardous individuals on grounds of mapping individual risk factors in a family. Within this creation is also stated more detailed proposal of validation study. The result should be quality inventory, which could have important implications for preventive measures.

Key words

Youth, drug use, risk factors in family

Obsah

Úvod	6
I. LITERÁRNĚ-PŘEHLEDOVÁ ČÁST	
1. Drogy a jejich užívání	7
2. Dospívání a role rodiny v tomto období	8
3. Rizikové faktory v rodině a jejich význam	10
3.1 Biologické rizikové faktory v rodině	10
3.2 Psychologické rizikové faktory v rodině	15
3.2.1 Výchova jako rizikový rodinný faktor	15
3.2.2 Efekt narušených vztahů v rodině na užívání drog dospívajícím	18
3.2.3 Rizikové fungování rodiny v kontextu užívání drog dospívajícím	21
3.2.4 Dopad struktury rodiny a jejích členů na užívání drog dospívajícím	25
3.3 Sociální rizikové faktory v rodině	30
II. NÁVRH PROJEKTU	
4. Výzkumný design	33
4.1 Teoretická východiska	33
4.2 Výzkumné cíle	34
4.3 Výběr a popis vzorku	34
4.4 Výzkumné metody	35
4.5 Průběh projektu	36
4.6 Analýza dat	36
4.7 Návrh validizační studie	37
5. Diskuse	39
Závěr	42
Literatura	43
Přílohy	

Úvod

V období dospívání dochází k prvnímu setkávání s drogami. Někteří dospívající tyto látky začnou užívat, ale jiní pokušení odolají. Hlavní otázkou této bakalářské práce je, jaké faktory přispívají k tomu, že dospívající začne drogy užívat. Tyto rizikové faktory bude práce hledat v rodině, jakožto důležité součásti života každého jedince. Znalost rizikových faktorů je důležitou implikací pro vytvoření preventivních opatření, která jsou zvlášť významná v tomto životním období. Cílem této práce je tedy zmapovat rizikové rodinné faktory, aby bylo možné vytvořit nástroj, který by pomohl předejít užívání drog u dospívajících, kteří jsou v tomto období obzvlášť riziková. Z důvodu rozsahu práce budou uvedeny pouze hlavní rodinné rizikové faktory, které budou rozděleny na biologické, psychologické a sociální dle bio-psycho-sociálního modelu. Největší pozornost bude věnována psychologickým faktorům z důvodu psychologického zaměření práce.

Práce je rozdělena na literárně-přehledovou část a návrh projektu. V první zmíněné části je uvedeno vymezení užívání drog, popis období dospívání, význam rodiny v tomto období pro dospívajícího a přehled jednotlivých rizikových faktorů. Návrh projektu se zaměřuje na vytváření validního nástroje k identifikaci rizikových jedinců na základě zmapovaných rizikových faktorů v literárně-přehledové části. Tento nástroj je primárně určen do rukou rodičů, ale i odborníků, kteří se touto problematikou zabývají.

Práce vychází z českých, ale hlavně ze zahraničních zdrojů, a to především výzkumů, které jsou většinou kvantitativní povahy. Jejich hlavní výzkumnou metodou jsou dotazníky. Některé tyto výzkumy jsou longitudinálního charakteru, hlavně v oblasti biologických faktorů. Ovšem práce zahrnuje i kvalitativní a průřezové studie. Práce se zaměřuje především na poznatky z posledních několika let.

I. LITERÁRNĚ-PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Drogy a jejich užívání

Za drogu neboli návykovou látku, je považována taková látka, která má dvě základní vlastnosti, a to je psychotropní efekt a potenciál k závislosti. To znamená, že droga mění psychické procesy (vnímání, myšlení, prožívání), ale také jednání člověka, a také může vyvolat závislost (Minařík & Kmoch, 2015; Nešpor & Csémy, 1995). Presl (1995) přidává další charakteristiku: droga je podle něj společností neuznávána a nepovolena neboli zakázána zákonem (to se týká především její výroby a distribuce). Ačkoli existují i legální drogy, které společností uznávané jsou, tak tato bakalářská práce se bude zaměřovat především na drogy nelegální. Mezi nelegální drogy se řadí opioidy a opiáty (heroin, metadon)¹, halucinogeny (LSD, lysohlávky), psychomotorická stimulancia (pervitin, kokain), těkavé látky (toluen, éter, chloroform), konopné drogy (marihuana, hašiš) a MDMA (extáze) a taneční drogy (Minařík & Kmoch, 2015).

Užívání drog není ekvivalentní závislosti, ale zahrnuje další stupně užívání. V MKN-10 se rozlišuje akutní intoxikace, škodlivé užívání a syndrom závislosti (MKN-10, 2014). Uživatele lze také rozdělit na: *experimentátory* – zkouší různé drogy, neužívají pravidelně; *příležitostné/rekreační uživatele* – užívají cca 1x týdně, součást stylu života; *pravidelné uživatele* – užívají více než 1x týdně, droga začíná poškozovat uživatele; *problémové uživatele* – užívají dlouhodobě a pravidelně; *závislé* – splňují diagnostická kritéria závislosti (Kalina, 2003). U dospívajících se nejčastěji jedná o experimentování, neboť toto období je typické prvním setkáváním se s drogou (Hajný, 2001). Stává se také, že dospívající přejde z rekreačního uživatele na pravidelné užívání, a po čase se vrátí zpět do předchozího stupně (Heller, 2011).

¹ V závorkách jsou uvedeni typičtí zástupci ze skupiny látek.

2. Dospívání a role rodiny v tomto období

Dospívání lze podle Langmeiera a Krejčířové (2006) věkově vymezit (s ohledem na odlišnosti mezi jedinci) jako období od 11-12 let do 20-22 let. To lze blíže specifikovat na období pubescence (11-15) a adolescence (15-22).

K prvnímu setkání s drogou může dojít již ve 12-13 letech (Hajný, 2001), nejčastěji se to děje ve věku 15 let (Chomynová, Csémy, Grolmusová, & Sadílek, 2014), i proto je období od cca 13 do 18 let považováno za rizikové a na tuto skupinu se zaměřují četná preventivní opatření (Kalina, 2003).

V dospívání probíhá mnoho změn: fyzických, psychických i sociálních. Z hlediska užívání drog je důležitá emoční labilita provázející dospívající, přechod na jiný způsob myšlení (formálně abstraktní), vytváření vztahů a pojetí vlastní role ve společnosti (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dospívajícímu droga přináší kromě nevýhod i řadu pozitiv (Presl, 1995), jako je únik, protest, také ovlivnění nudy, pocitu bezradnosti a sebehodnocení (Heller, 2011). Podrobněji si to ukážeme v souvislosti s vývojovými úkoly v tomto období.

Mezi nejdůležitější a nejnáročnější úkoly dospívání patří separace od rodiny a individuace. Drogy pak mohou zprostředkovávat únik, oddalovat tyto procesy anebo pomoci s jejich vyřešením. V případě separace mohou hrát drogy roli především při silném vztahu s rodinou, kdy po užití drogy může dospívající konečně volně říct, co si o rodičích myslí a co cítí. Přestává také cítit vinu a úzkost z toho, že opouští rodinu, kterou stírá osvobození a únik. Proces individuace probíhá přes identifikaci se skupinou, drogy v tomto případě ulehčují vytvoření sounáležitosti (padají zábrany, otupují pocity odlišnosti) anebo nahrazují přátele (Hajný, 2003b).

Dospívající by měli také najít místo v životě, v práci. Neúspěch v této oblasti může přinášet pocity frustrace, které dospívající řeší drogami, zvláště pokud na ně navíc působí tlak nadměrných požadavků ze strany rodičů (Nešpor, 2001). Dospívající se také učí kontrole sami nad sebou, což jim droga umožňuje v rámci rozhodování o tom, kdy ji užijí, ale také může dodávat pocit vlády nad sebou samým. V dospívání je také důležité ujasnění si sexuální preference a přijetí vlastního obrazu těla, kdy drogy mohou tlumit rozpaky a zábrany či sloužit k úniku (Hajný, 2003b).

Význam rodiny v období dospívání

Rodina je důležitá především při vzniku a v začátku užívání drog dospívajícím (Ducci & Goldman, 2012). Rodina může být pro dospívajícího jak protektivním, tak rizikovým faktorem. Podle Hajného (2001) je nejdůležitějším úkolem rodiny v tomto období zajistit, aby se dítě

v rodině cítilo dostatečně jistě, aby mohlo opustit své rodiče bez ztráty sebe či jich. Kromě toho by rodina měla dítě vést k individualitě, ke svobodě, ale také ke schopnosti přijmout zodpovědnost za své činy. Měla by dítě naučit odmítat a nepodléhat vlivu vrstevníků, který je v tomto období klíčový (Presl, 1995). Může se stát, že i přesto dospívající vlivu vrstevníků podlehnou, ovšem toto podlehnutí bývá pouze krátkodobé v případě „dobré“ rodiny (Heller, 2011). K odmítnutí drogy pomáhá dospívajícímu zdravé sebevědomí, které je důležité posilovat. Rodiče by měli dítě oceňovat (nepřeceňovat ani nepodceňovat), měli by mu dávat najevo svoji lásku, naučit ho stanovovat si rozumné cíle, nahlížet na sebe realisticky a umět kontrolovat své emoce a chování tak, aby dospívající již nepotřeboval žádná omezení zvnějšku (Nešpor & Csémy, 1995). Význam rodiny jde tedy ruku v ruce s vývojovými úkoly v dospívání.

3. Rizikové faktory v rodině a jejich význam

Rizikové faktory v rodině zvyšují pravděpodobnost užívání drog dospívajícím (Brook, Brook, Richter, & Whiteman, 2013) a na základě bio-psycho-sociálního modelu uznávaného v klinické adiktologii je lze rozdělit na biologické, psychologické a sociální (Kalina, 2015). Obecně lze říci, že není identifikován jenom jediný faktor, který by vedl k užívání, ale skoro vždy se jedná o kombinaci několika faktorů (Kudrle, 2003). Nejen vzhledem k této multifaktorialitě užívání (Kalina, 2015), ale i k individuálnosti člověka, může být pro každého rizikovým faktorem něco jiného, a proto je nutné nahlížet na rizikové faktory značně kriticky.

Smysl této práce také vychází z předpokladu, že rizikový faktor z jedné oblasti lze vyvážit protektivním faktorem z oblasti jiné (Nešpor, 2001). To ukazuje například Brody et al. (2009) ve svém výzkumu o působení výchovy. Výzkumníci se zaměřili na výchovu operacionalizovanou vysokou úrovní emoční podpory, instrumentální (konkrétní) pomoci a komunikací u 253 jedinců (průměrný věk = 11,5 let), kteří zdělili zranitelnost k návykovým látkám (konkrétně se jednalo o alelu, která se podílí na regulaci neurotransmiteru serotoninu). Výsledky získané rozhovory ukázaly, že zděděná náchylnost k návykovým látkám souvisela s rozvojem užívání u dospívajících, ale že tento vztah byl zmírňován zmíněnou výchovou.

Význam rizikových faktorů také kolísá v průběhu života a během jednotlivých fází závislosti. Na začátku užívání návykových látek se zdají být důležité především vrstevníci a rodinné prostředí, zatímco genetické faktory jsou významnější při přechodu do fáze problematického užívání (Ducci & Goldman, 2012).

3.1 Biologické rizikové faktory v rodině

Ačkoli biologické faktory nejsou klíčové v profesi psychologů, je velmi důležité jim porozumět, neboť hrají roli jak v začátku užívání drog, tak i v rozvoji závislosti samotné (Šustková, 2015). Obecně lze mezi ně zařadit mnoho činitelů: věk, pohlaví, náchylnost k závislosti (Ducci & Goldman, 2012), nižší inteligenci, poruchu pozornosti, ADHD, chronické onemocnění, sklony k násilí, impulzivnost, duševní nemoc v rodině (Nešpor, 2001), prenatální období dítěte, okolnosti porodu (Kudrle, 2003), genotyp, komorbiditu s psychickými poruchami (deprese, antisociální porucha osobnosti, hraniční porucha osobnosti) (Šustková, 2014) a další. Zaměříme-li se striktně na rodinu, lze studie zabývající se biologickými faktory rozdělit na ty, které se zajímají o genetické vlivy a na ty, které se zajímají o prenatální užívání drog matkou.

Faktory na straně genetiky

Problematika genetických dispozic podílejících se na užívání drog je velmi komplikovaná, protože s užíváním drog mohou souviset různé sety genů u různých jedinců, navíc u některých jedinců se tyto geny vůbec projevit navenek nemusí (Ducci & Goldman, 2012).

Studie zabývající se touto problematikou používají sběr dat v adoptivních rodinách a v rodinách s dvojčaty, většina těchto studií je longitudinálního charakteru. Cílem těchto studií je nejen identifikovat biologické rizikové faktory, ale také porovnat podíl genetiky a prostředí (Prom-Wormley, Maes, & Scheier, 2014). To se děje na základě srovnávání shody či neshody určitého znaku (užívání drogy) u jednovaječných a dvojvaječných dvojčat, popř. sourozenců. Pokud je nalezena větší shoda u jednovaječných dvojčat, pak lze usuzovat na větší podíl genetiky, pokud u dvojvaječných, pak je pravděpodobně větší podíl na straně prostředí (Ducci & Goldman, 2012).

Genetika, anebo prostředí?

Je klíčová genetika, anebo prostředí? Některé studie naznačují, že význam prostředí je důležitější než genetika. Výsledky ukazují, že užívání drog u dospívajících ($n = 626$, 17 let) lze vysvětlit z velké části sdíleným prostředím dvojčat, asi z 41-60 % (McGue, Elkins, & Iacono, 2000). Poněkud nižší číslo - 22 % - se ukazuje v jiném výzkumu ($n = 279$, 13 let), ovšem zde se ukázaly významně nesdílené faktory prostředí - 45 % (Vitaro et al., 2014). Podíl dědičnosti na užívání drog dospívajícím se ovšem nezdá být o tolik nižší než podíl prostředí, číselně to lze vyjádřit rozmezím 25-40 % (Button et al., 2007; Distel et al., 2011; McGue et al., 2000; Vitaro et al., 2014). Faktory prostředí se tedy v období dospívání jeví jako důležitější v užívání drog na rozdíl od genetiky.

Na základě výzkumů lze také usuzovat na klesající tendenci podílu genetiky na užívání dospívajícím (Button et al., 2007; McGue et al., 2000; Vitaro et al., 2014). To se ukázalo v dotazníkovém šetření ($n = 7753$, 11-25 let), kdy s růstem věku opravdu klesal podíl dědičnosti a na významu nabývaly faktory prostředí, a to především sdíleného prostředí dvojčat či sourozenců (Distel et al., 2011). Například u marihuany se ukázalo, že dědičnost je důležitá v rané adolescenci, ale v pozdní nikoli. Naproti tomu se v této studii ukázalo, že dědičnost v adolescenci hraje menší roli než v mladé dospělosti u cigaret a alkoholu (Huibregtse et al., 2016), což je v souladu s autory Ducci a Goldman (2012). Otázkou je, na kolik jsou tyto výsledky o legálních drogách aplikovatelné na ty nelegální.

Podíl genetiky a prostředí se také liší v rámci typu užívání. Rhee et al. (2003) zjistili, že genetické faktory měly větší význam v problémovém užívání než v počátečním

experimentování (n = 962, 12-19 let). Rozdíly byly pozorovány také ve frekvenci a v množství užívání drog (n = 490, 14-18 let), které se téměř nelišily u biologických sourozenců na rozdíl od těch adoptovaných, čímž lze usuzovat opět na vyšší podíl genetiky než prostředí (Huibregtse et al., 2016). Jisté rozdíly se ukázaly také v rámci pohlaví (n = 1071, 12-17 let), kdy u žen byl podíl genetiky větší než u mužů, kde byly důležité především sdílené faktory prostředí (Silberg, Rutter, D'Onofrio, & Eaves, 2003). V některých dalších výzkumech se tento rozdíl ale nepotvrdil (Distel et al., 2011; McGue et al., 2000; Vitaro et al., 2014).

Jak je na výše zmíněných výzkumech vidět, nelze jednoznačně říct, co hraje největší roli v užívání drog dospívajícím. Výsledky výzkumů jsou limitovány specifickostí vzorku, neustále se vyvíjejícími designy studií a také novými medicínskými metodami. Myslím, že klíčový pro psychology je poznatek, že lze vstoupit mezi genetiku a vývoj rizikového chování. Neboť mezi genetikou a užíváním drog vždy stojí chování jedince (často problematické), na které lze působit (Dick & Agrawal, 2008; Trucco et al., 2016), například již zmíněnou podporující výchovou (Brody et al., 2009). Tuto ideu podporuje i výsledek rozsáhlého výzkumu, který zjistil, že genetické faktory hrají roli v senzitivitě vůči patogennímu působení vrstevnické skupiny, která je pro dospívajícího rizikovým faktorem (n = 1 357 577, 15 let) (Kendler, Ohlsson, Sundquist, & Sundquist, 2014). Obecně lze tedy říct, že genetické faktory, které ovlivňují náchylnost k užívání drog, nevedou přímo ke zvýšení rizika užívání, ale vedou ke zvýšení efektu patogenních nepříznivých vlivů prostředí (Kendler et al., 2012).

Externalizující a internalizující poruchy

Užívání drog bývá u dospívajících spojováno s psychiatrickou diagnózou či jinou nestabilitou ve vývoji. Presl (1995) mluví o problémech v emoční oblasti, které lze rozdělit na dvě skupiny. První skupina bývá velmi citlivá, zranitelná a má tendenci k užívání stimulačních látek. Druhá skupina je naopak extravertní a je náchylná k užívání opiátů. Šustková (2014) to nazývá poruchami internalizujícími (deprese) a externalizujícími (antisociální porucha osobnosti, hraniční porucha osobnosti, poruchy pozornosti, ADHD a lehká mozková dysfunkce).

Externalizující a internalizující poruchy jsou děděny skrze geny, které jsou zapojeny do metabolismu či do přenosu nervových signálů (Dawes, Mathias, Richard, Hill-Kapturczak, & Dougherty, 2008; Dick & Agrawal, 2008). Například serotoerní, dopaminoerní, noradrenergí či GABAerní geny, které bývají spojovány s impulsivitou, kontrolou chování (Trucco et al., 2016) nebo stresujícím způsobem života (Dawes et al., 2008).

Externalizující poruchy jsou v období dospívání častější ve srovnání s internalizujícími (Chan, Dennis, & Funk, 2008) a jsou rizikovým faktorem pro užívání drog (Langbehn, Cadoret, Caspers, Troughton, & Yucuis, 2003). Například to lze vidět na výzkumu dospívajících dívek (n = 282, 14–18 let), kterým byla diagnostikována závislost na drogách a které dosahovaly vyšších skóre v antisociálním chování na rozdíl od kontrolní skupiny, která nebyla diagnostikována jako závislá (Giancola, Shoal, & Mezzich, 2001).

Internalizující poruchy se častěji vyskytují u dívek než u chlapců. Ovšem zdá se, že mají poměrně malý efekt na užívání drog dospívajícími (12-17 let) a spíše se vyskytují až sekundárně jako výsledek užívání (Silberg et al., 2003).

Pokud se externalizující porucha (v tomto výzkumu antisociální porucha osobnosti) vyskytne u biologického rodiče společně s užíváním drog, pak se zvyšuje riziko podobného chování u dospívajícího, a to bez ohledu na to, aniž by u něj byla diagnostikována porucha stejná (Langbehn et al., 2003). Rizikovým faktorem jsou i biologičtí sourozenci, kteří jsou závislí na drogách, trpí psychiatrickým onemocněním, byli odsouzeni pro trestný čin nebo obecně jsou náchylní k externalizujícím poruchám (Kendler et al., 2012).

Zmíněné poruchy bývají považovány za sdílený genetický faktor, což se ukazuje ve výzkumech s dvojčaty, kde korelace závislosti na drogách u jednovaječných dvojčat je vyšší než u dvojvaječných. To vysvětluje, proč v jedné rodině můžeme najít více potíží, např. ADHD u jednoho dítěte a užívání drog u druhého (Dick & Agrawal, 2008). To podporují výsledky výzkumu (n = 1872, 12-18 let), kde se ukázalo, že poruchy chování byly částečně vysvětlovány stejným genetickým faktorem, který se podílel i na alkoholové a drogové závislosti (Button et al., 2007).

Krátce řečeno pro dospívajícího je rizikové, pokud nejen on sám trpí nějakou duševní poruchou, ale i pokud jí trpí někdo z rodiny. V případech, kdy někdo z rodiny má duševní poruchu, je dospívající rizikový nejen z hlediska genetických faktorů, ale i z hlediska psychologických, které mohou duševní poruchu člena rodiny doprovázet. I proto se domnívám, že je pro psychology klíčové znát biologické předpoklady svých klientů.

Prenatální užívání matkou

Ve výzkumech se ukazuje přímá souvislost mezi užíváním drog matkou v těhotenství a následným užíváním dospívajícími (Day, Goldschmidt, & Thomas, 2006; Delaney-Black et al., 2011; O'Brien & Hill, 2014). To může být vysvětleno tím, že již v děloze látka způsobí fyziologické změny plodu a výsledkem je pozdější náchylnost k látce. Může se jednat o změny na úrovni receptorů, systémů i drah (Pfänder, Liebig, & Feldmann, 2014; Porath & Fried, 2005).

Navíc pokud je matka závislá, pak tuto závislost přenesse na dítě, které v den narození prožije stav terminální závislosti, který je mu život ohrožující, neboť jeho organismus neumí s látkou ještě pracovat, a který je v jeho buňce nesmazatelně zapsán (Heller, 2011).

Výzkumníci v longitudinální studii (n = 316, 14 let) zjistili, že vystavení plodu kokainu je významným prediktorem užívání kokainu u dospívajících (Delaney-Black et al., 2011). Také prenatální vystavení cigaretám zvyšuje riziko kouření u dospívajících (O'Brien & Hill, 2014). Kouření ženy v těhotenství vede dokonce ke dvakrát vyšší pravděpodobnosti, že adolescent (n = 152, 16-21 let) začne kouřit, ve srovnání s adolescentem, jehož matka během těhotenství nekouřila (Porath & Fried, 2005). Prenatální vystavení alkoholu zvyšuje riziko kouření, a dokonce rozvinutí závislosti na drogách u dospívajících (O'Brien & Hill, 2014). Výsledky o dopadu prenatálního vystavení alkoholu podporuje i rozsáhlá studie (n = 5922, 11-17 let), kde se ukázalo, že užívání alkoholu v těhotenství zvyšuje riziko pravidelného pití alkoholu a užívání nezákonných drog u dospívajících, avšak ne kouření cigaret (Pfinder et al., 2014). Užívání marihuany v těhotenství vede ke zvýšenému riziku dřívějšího začátku užívání marihuany a cigaret a také k pravidelnému kouření (Porath & Fried, 2005). Tyto poznatky vesměs potvrdila i další studie zabývající se užíváním marihuany u dospívajících (14 let). Ukázalo se, že dospívající vystavení prenatálně marihuaně, začínají užívat látku dříve a užívají ji častěji než adolescenti bez tohoto prenatálního vystavení (Day et al., 2006).

Také se ukázaly rozdíly napříč etnickými skupinami a pohlavím, konkrétně byl nalezen větší efekt prenatálního vystavení alkoholu u dívek a všech minorit v Německu (hlavně Slovanská a Turecká). Minoritní skupiny mohou být znevýhodněné kvůli kombinaci prenatálního vystavení alkoholu s dalšími rizikovými faktory, např. nízký socioekonomický status, kulturní akceptace drog, odlišnosti v metabolismu a odlišnosti v jiné hladině kortizolu těhotné ženy, které způsobují odlišnosti ve fetálním programu. Rozdíl v pohlaví může být vysvětlen vyšší náchylností dívek k negativním dopadům prenatálního vystavení alkoholu na jejich pozdější užívání (Pfinder et al., 2014). Rozdílnost v pohlaví při prenatálním vystavení marihuaně byla nalezena i v další studii, ovšem vyšší riziko bylo u mužů (Porath & Fried, 2005). To je v rozporu s longitudinální studií, kde žádná souvislost mezi prenatálním vystavením drogám a pohlavím nalezena nebyla (Delaney-Black et al., 2011).

Zdá se, že vystavení určité látky v těhotenství, zvyšuje riziko užívání právě této látky v dospívání, ale i dalších drog. Jakou roli v tomto procesu hrají i další faktory je zatím nejisté a určitá vodítka se ukazují ve výzkumech, které se zabývají rozdíly mezi pohlavími a etnickými skupinami.

3.2 Psychologické rizikové faktory v rodině

Psychologické rizikové faktory v rodině se obecně týkají fungování a struktury rodiny. Můžeme sem zařadit například „špatnou“ výchovu, nedostatečnou citovou vazbu k dítěti, nejasné vztahy, konflikt mezi rodiči či traumatizování dítěte (Nešpor, 2001). Tyto faktory jsou klíčové pro psychology, kteří na základě tohoto rozboru mohou učinit řadu preventivních opatření.

3.2.1 Výchova jako rizikový rodinný faktor

Na tom, že výchova přispívá k užívání drog u dospívajícího, se shoduje hned několik českých autorů (Hajný, 2003a; Heller, 2011; Nešpor, 2001). Podstatný je výchovný styl rodičů. Obecně řečeno rizikové je, pokud rodiče kladou nadměrné požadavky na dospívajícího nebo příliš malé, pokud jsou rodiče nedůslední či naopak nadměrně kontroloují dítě, pokud používají fyzické tresty či pokud stanovují nejasná pravidla ohledně jeho chování (Heller, 2011; Nešpor, 2001; Nešpor & Csémy, 1995).

Výchovné styly

Jaký výchovný styl je tedy pro dospívajícího rizikový? Velkou průkopnicí v oblasti výchovných stylů je Baumrindová (1991), která definovala sedm výchovných stylů v souvislosti s adolescencí, jedná se o: autoritativní, demokratický, direktivní (autoritářský-direktivní, ne-autoritářský-direktivní), dostatečně dobrý („good enough“), nedirektivní a zanedbávající („unengaged“). Na základě pozorování, rozhovorů a dotazníků (n = 139, 14 let) zjistila, že dospívající, u kterých byl vysoký výskyt užívání drog, žili v rodině se zanedbávajícím výchovným stylem rodičů. Méně rizikový, ale stále rizikový, byl nedirektivní styl ve srovnání s dalšími styly. U dospívajících z direktivních rodin se objevilo vzdorové užívání drog. Jako protektivní styly se jeví autoritativní a také demokratický styl.

Další výzkumy využívají rozdělení na čtyři výchovné styly: autoritativní, autoritářský, shovívavý a zanedbávající. Napříč studiemi se ukazuje, že v rámci těchto čtyř výchovných stylů, je tím nejvíce rizikovým styl zanedbávající. To se ukázalo jak ve starším dotazníkovém šetření (n = 347, 14 a 17 let) (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001), tak i v mladších studiích prostřednictvím dotazníků na menším vzorku (n = 100, 14–24 let) (Matejevic, Jovanovic, & Lazarevic, 2014), ale i na poměrně velkém vzorku dospívajících (n = 7718, 11-17 let) (Calafat, García, Juan, Becoña, & Fernández-Hermida, 2014). I jinak designovaný výzkum prostřednictvím telefonických rozhovorů (n = 232, 14-19 let) podporoval stejný výsledek (Benchaya, Bisch, Moreira, Ferigolo, & Barros, 2011).

Ohledně autoritářského výchovného stylu ovšem nepanuje tak jasná shoda. Některé výsledky výzkumů ho považují za rizikový faktor, který přispívá k užívání drog u dospívajících (Calafat et al., 2014; Clausen, 1996; Martinez, Fuentes, Garcia, & Madrid, 2013). Naproti tomu v již zmíněném dotazníkovém šetření se jako rizikový faktor neukázal (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001).

Jako protektivní faktor se v dotazníkovém šetření (n = 673, 14-17 let) ukázal shovívavý výchovný styl (Martinez et al., 2013) a v telefonickém výzkumu (n = 232, 14-19 let) také autoritativní (Benchaya et al., 2011). V dalších výzkumech se oba tyto styly ukázaly jako protektivní faktory ve vztahu k užívání drog dospívajícím (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001; Calafat et al., 2014). Zajímavé je, že ačkoli ve 14 letech byly tyto dva styly protektivními faktory proti experimentování s drogami, tak v 17 letech se stal i shovívavý styl rizikovým faktorem (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001). To lze interpretovat jako potřebu větší kontroly v souvislosti s vyšším věkem, a možná i z toho důvodu se vyskytl autoritářský styl jako protektivní, a nikoli rizikový faktor.

Také se ukázal rozdíl mezi dopadem výchovného stylu matky a otce, kdy ne-autoritativní styl matky byl spojován až s třikrát vyšší pravděpodobností užívání drog u dospívajících. Ne-autoritativní styl otec koreloval s dvakrát vyšším rizikem vzniku závislosti na drogách u dospívajícího (Benchaya et al., 2011).

Ovšem otázkou je, zda je výchovný styl opravdu tak důležitý v období dospívání. V poměrně nové dotazníkové studii (n = 1268, 12-13 let) se totiž ukázalo, že ačkoli byl zanedbávající styl spojován s vyšším užíváním drog, tak po přidání ostatních faktorů tento výchovný styl už nebyl tak významným rizikovým faktorem. Jako důležitější se jevil vliv vrstevníků a delikventní chování adolescenta (Berge, Sundell, Öjehagen, & Håkansson, 2016).

Protektivita rodičů

Často se v souvislosti s užíváním dospívajících mluví o hyperprotektivní matce a dominantním chladném otci. Problém hyperprotektivní matky je v tom, že uvízne ve vztahu s dospívajícím na prepubertální úrovni, citově na něm závisí. Její výchova tedy není přiměřená věku dospívajícího. Výsledkem může být vytvoření vzájemně závislé vazby, ze které není pro dospívajícího snadné odejít. Dospívající z takového prostředí je přitahován skupinou, kde se užívají drogy a ve které se snaží prosadit, tak aby získal respekt a pocit odpoutání od rodiny. Drogy jsou pro něj zároveň osvobozením a vykoupením z pocitů viny vůči matce (Presl, 1995 a Hajný, 2015). Hyperprotektivní styl byl zaznamenán jako rizikový i u otce (Matejevic et al., 2014).

Typ chladného (egocentrický, emocionálně vzdálený, rigidní otce je rizikový), protože s ním dospívající těžko navazuje vztah, a proto poté bývá v silném vztahu s matkou, která může být kvůli otci k dospívajícímu přehnaně tolerantní. Také může vlivem neúspěšných pokusů o nápravu vztahu otce a dospívajícího být k dospívajícímu chladná (Hajný, 2015; Heller, 2011).

Rodičovská kontrola

Jak je vidět na výsledcích výzkumů o stylu výchovy, kontrola rodičů je v tomto období velice důležitá, i proto v některých výzkumech vychází autoritářský styl výchovy jako protektivní faktor.

Ukazuje se (n = 7611, 15-16 let), že není potřeba vysoké kontroly, že i ten nejnižší stupeň může mít pozitivní dopad na užívání alkoholu a extáze, a o něco vyšší stupeň kontroly na kouření a užívání konopí. Nicméně čím vyšší stupeň kontroly je, tím více klesá užívání drog u dospívajících (Tornay et al., 2013). To je v rozporu s výsledky výzkumu o skupině závislých na heroinu, kteří uváděli, že v prvních 16 letech svého života vnímali vyšší kontrolu otcem než kontrolní skupina (Pomini et al., 2014). To může evokovat užívání ze vzdoru, viz autoritářský styl výchovy.

Výzkumníci zjistili, že záleží také na typu rodičovské kontroly a komunikace v souvislosti s užíváním drog u dospívajícího (n = 2621, 12–14 let). Výzkum pracoval se čtyřmi typy kontroly a komunikace: vysoká, střední, klesající a inkonsistentní. Dospívající s klesajícím a inkonsistentním typem kontroly a zároveň komunikace měli signifikantně vyšší riziko, že v předchozím roce užili marihuanu (a alkohol) a že v předchozím měsíci užili marihuanu (a alkohol a cigarety) ve srovnání s vysokým typem. Po přidání dalších rodinných proměnných byl signifikantní efekt na užívání všech drog pouze u klesajícího typu, u klesajícího a inkonsistentního typu bylo vyšší riziko užití marihuany v předchozím měsíci. Výzkumníci odhadují, že se situace mohla změnit v rámci snížení rizika u inkonsistentního typu, a to např. zlepšením kvality vztahů, materiálními náhradami, sociálním kapitálem (Tobler & Komro, 2010).

Rodičovská kontrola může mít přímý dopad na užívání u dospívajícího například v případě, kdy má dospívající strach z přistihnutí (Dorius, Bahr, Hoffmann, & Harmon, 2004). Ovšem ukazuje se, že je více klíčová v nepřímém efektu, a to přes skupinu vrstevníků. Pokud má dospívající příliš nízkou kontrolu, pak je vystaven vyššímu riziku užívání, a toto riziko je posíleno skupinou vrstevníků, kteří užívají. Navíc při nízké kontrole má těchto rizikových kamarádů více (Bahr, Hoffmann & Yang, 2005; McLaughlin, Campbell, & McColgan, 2016; Rodgers-Farmer, 2001; Tornay et al., 2013). Toto riziko může klesnout až o cca 10 %

u marihuany a o 15 % u dalších nelegálních drog, pokud dojde ke zvýšení kontroly dospívajícího (Bahr et al., 2005).

Nejen rodičovská kontrola, ale také stanovení jasných hranic je důležité při prevenci užívání. Pokud nejsou stanovená jasná pravidla, pak se zvyšuje riziko užívání drog u dospívajícího, a to především nepřímo prostřednictvím vrstevníků (Guo, Hill, Hawkins, Catalano, & Abbott, 2002).

Efekt dohledu rodiči na užívání drog se liší v rámci pohlaví, konkrétně u chlapců funguje lépe. Jinými slovy, pokud dojde ke snížení stupně dohledu, pak dojde ke zvýšení užívání drog u chlapců, ale ne u dívek. To může být dáno tím, že chlapci mají větší sklon k rizikovému chování (McArdle, 2002).

Rodičovská kontrola, konkrétně kontrolování matkou může také zprostředkovat efekt emoční vazby na užívání drog dospívajícím, viz níže (Branstetter, Furman, & Cottrell, 2009). Kontrola dospívajícího také úzce souvisí s informacemi, které o něm rodiče mají, viz kapitola 3.2.3.

3.2.2 Efekt narušených vztahů v rodině na užívání drog dospívajícím

Narušené, či jinak zatížené vztahy mezi dospívajícím a rodiči, bývají považovány za rizikové, stejně jako nedostatečná emoční vazba („attachment“) mezi rodičem a dítětem či nedostatečně vnímaná podpora od rodičů (Hajný, 2003a; Heller, 2011; Nešpor, 2001).

Emoční vazba

V rámci ohniskové skupiny hodnotili adolescenti nedostatečnou emoční vazbu („attachment“) mezi rodičem a dítětem jako rizikový faktor (n = 62, 13-17 let). Ovšem všimli si i toho, že i dospívající s „dobrou“ vazbou k rodiči mohou užívat drogy. „Špatné“ vztahy tedy zvyšují „pouze“ pravděpodobnost užívání. Aby byl vztah mezi rodičem a dítětem dobrý, je nutné společné kvalitní trávení času, naslouchání a dobrá komunikace (McLaughlin et al., 2016). I v české studii (n = 3928, do 16 let) se ukázalo, že neuspokojivé emoční vazby s rodiči mohou zčásti predikovat užívání konopí u dospívajících (Kožený, Csémy, & Tišanská, 2016).

Schindler et al. (2009 a 2007) ve svých výzkumech pracují se čtyřmi druhy vazeb, které lze charakterizovat pomocí pojmů transakční analýzy. Jedná se o vazbu bezpečnou – „secure“ (já jsem ok, ty jsi ok), zapletenou – „preoccupied“ (já nejsem ok, ty jsi ok), odmítavou – „dismissing“ (já jsem ok, ty nejsi ok) a ustrašenou – „fearful“ (já nejsem ok, ty nejsi ok). V mladším z těchto výzkumů se výzkumníci zajímali o emoční vazbu uživatelů heroínu, extáze a konopí ve srovnání s kontrolní skupinou, která neužívala drogy. Zjistili, že uživatelé heroínu nejčastěji charakterizovali vazbu k rodičům jako ustrašenou ve srovnání s ostatními skupinami

a bezpečná vazba se u nich vyskytovala nejméně napříč těmito čtyřmi skupinami. Uživatelé extáze hodnotili emoční vazbu nejčastěji jako zapletenou, ale také jako ustrašenou a odmítavou. U uživatelů konopí to byla vazba odmítavá, ale i bezpečná. U kontrolní skupiny se vyskytla bezpečná vazba k rodičům signifikantně více než u ostatních skupin (Schindler, Thomasius, Petersen, & Sack, 2009).

Ve svém dalším výzkumu prostřednictvím rozhovorů se Schindler et al. (2005) zabývali typickými vazbami v rodině, kde je užívající adolescent ($n = 37$, 14–24 let). V 65 % vzorku se vyskytl tzv. triangulární vzorec, ve kterém matka byla především v zapletené emoční vazbě, otec v odmítající a dospívající v ustrašené. V 19 % vzorku se ukázal „nejistý“ vzorec, kde matka, otec i adolescent byli v ustrašené vazbě. A v 16 % vzorku se ukázal „skoro-bezpečný“ vzorec, kde matka a adolescent byli v bezpečné emoční vazbě a otec v zapletené (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, & Küstner, 2007).

Nepřímý efekt emoční vazby

Novější dotazníkový výzkum ukázal ($n = 203$, průměrný věk = cca 14), že není přímý efekt emoční vazby (úzkostná, vyhýbavá, dezorganizovaná, bezpečná) na užívání drog dospívajícím, avšak tento efekt je nepřímý skrze znalosti rodičů o dítěti, které byly hodnoceny rodiči i dospívajícími. Méně informací o dospívajícím souvisí s jeho užíváním drog. Úzkostná vazba k matce a otci souvisela s menším množstvím informací o dítěti dle hodnocení rodičů. Vyhýbavá vazba k matce a zároveň úzkostná vazba k otci souvisela s méně informacemi o dospívajícím dle hodnocení dospívajících. Zajímavé je, že matky s vyhýbavou vazbou hodnotily, že mají o dospívajícím dost informací. Méně informací, které rodiče dostávají, si autoři vysvětlují jako důsledek mála kontaktů v případě vyhýbavé matky a jako systematického zadržování informací dospívajícími v případě úzkostné vazby s rodiči (Jones, Ehrlich, Lejuez, & Cassidy, 2015). Pokud je dospívající v bezpečné vazbě s matkou, pak je ochoten sdílet více informací (Branstetter et al., 2009).

Efekt emoční vazby může být zprostředkován také skrze kontrolování. V tomto dotazníkovém výzkumu ($n = 200$, 14–16 let) se ukázalo, že kontrolování matkou má dopad na redukci užívání návykových látek na rozdíl od podpory, kvality vztahu nebo negativních interakcí mezi matkou a dospívajícím. Z toho vyplývá, že čím bezpečnější je vazba matka-dítě, tím více je dítě matkou kontrolováno, a tím spíše u něj dojde k redukci užívání drog. Navíc dospívající toto kontrolování vnímá pozitivně, a to jako součást vzájemné důvěry (Branstetter et al., 2009).

Efekt „attachmentu“ může být také zprostředkován nedostatečnou seberegulací (kontrola emocí a chování). Jeden z výzkumů (n = 694) se zaměřil na vazbu mezi rodiči a dítětem v 10-12 letech a sledoval, jak se tato vazba projevila v seberegulaci ve střední adolescenci (16 a 19 let) a dále v užívání drog v mladém dospělosti (22 let). Ukázalo se, že silná vazba k matce i otci predikuje vyšší seberegulaci chování, a tím pádem nižší míru užívání v mladém dospělosti (u otce seberegulace zprostředkovává tento vztah pouze částečně). Také se ukázalo, že frekvence užívání konopí a dalších návykových látek v 16 a 19 letech souvisí s vazbou k otci i matce v 10-12 letech. Ale ve 12-14 letech souvisí frekvence užívání marihuany pouze s vazbou k otci a užívání dalších návykových látek pouze s vazbou k matce (Zhai, Kirisci, Tarter, & Ridenour, 2014).

Vztahy v rodině

Některé výzkumy hovoří o vztazích („relations“) mezi rodiči a dítětem. Na základě kvantitativního šetření (n = 5192, 15-16 let) se ukázalo, že dospívající, kteří neměli uspokojivý vztah s matkou nebo otcem byli s vyšší pravděpodobností uživateli drog než ti, kteří ho měli. Výzkumníci také zjistili, že konkrétně užívání konopí souviselo se vztahem k otci, ovšem pouze u jedné ze dvou experimentálních skupin uživatelů (Ledoux, Miller, Choquet, & Plant, 2002).

Obecně se ukazuje, že rodina kopíruje vzor nezúčastněného fungování, kde je nedostatek blízkosti a nedostatečná propojení mezi členy, stejně tak jako nedostatečný zájem a nedostatečné trávení času s druhými členy rodiny, je pro dospívajícího riziková (Matejevic et al., 2014).

Ve vztahu mezi dospívajícím a rodičem se může objevit i odmítající postoj k dospívajícímu jako rizikový faktor (n = 40, 20-30 let – hodnocení pouze prvních 16 let života). Výzkumníci dokonce zjistili, že čím déle závislost na heroinu dospívajícího (chlapce) trvala, tím více odmítající byl postoj otce, ovšem ne matky ve srovnání s kontrolní skupinou. Skupina uživatelů také vnímala nižší stupeň péče od otce v prvních 16 letech života na rozdíl od kontrolní skupiny. U matky se tento rozdíl neprojevil (Pomini et al., 2014). Na druhou stranu se v dotazníkovém šetření ukázalo, že dospívající, kteří uvedli nízký stupeň vnímané péče od otce, nevykazovali vyšší výskyt užívání návykových látek ve srovnání s těmi, kteří uvedli vysoký stupeň vnímané péče od otce. Podobné výsledky se ukázali i u matky, ovšem zde se u dospívajícího vyskytly problémy s nízkou kontrolou a pokusy o sebevraždu (Ackard, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2006).

Krátce řečeno, vřelé a podporující rodinné prostředí, které lze charakterizovat silnou emoční vazbou, predikuje nižší riziko začátku užívání (Guo et al., 2002) na rozdíl od nejisté emoční vazby či neuspokojivých vztahů s rodiči.

3.2.3 Rizikové fungování rodiny v kontextu užívání drog dospívajícím

Do této kapitoly jsou zařazeny některé proměnné nefunkční rodiny, jako je problematická komunikace, stresové události, konflikty v rodině či nepodnětné prostředí.

Komunikace s dospívajícím

Komunikace je důležitou součástí vytváření vztahu mezi rodiči a dospívajícím. Pojí se také se získáváním informací o dospívajícím a zároveň s kontrolováním jeho aktivit. Je také důležitá v rámci informování dospívajícího o drogách a slouží k vyjádření vlastních postojů k této problematice. Ovšem ne každá komunikace je dostatečná. Hajný (2003a) píše o problémech neotevřené komunikace, ve které nelze vyjádřit svoje emoce, což vede k pocitu ohrožení a může přispívat k užívání drog. Nešpor (2001) dodává, že otevřenou komunikaci v rodině by měla umožňovat správná výchova.

Jak důležitá je komunikace (ale zároveň i dobrý vztah s rodiči) ukázal poměrně rozsáhlý dotazníkový výzkum (n = 4746, 12 -20 let), kde dospívající, kteří upřednostňovali názory svých přátel ohledně důležitých životních rozhodnutí před názory svých rodičů a zároveň uvedli, že nemohou mluvit s matkou nebo otcem o svých starostech, vykazovali vyšší prevalenci užívání návykových látek na rozdíl od těch, kteří upřednostňovali názory svých rodičů a mohli s nimi mluvit o svých starostech (Ackard et al., 2006). Faktor svěřování se ukázal i v jiném výzkumu, kde svěřování matce souviselo s nižším užíváním drog u dospívajících, ovšem u otce se tento vztah neobjevil (McArdle, 2002).

Snadná komunikace s rodičem nemusí být vždy protektivním faktorem, jak ukázal sebezposuzující výzkum (n = 1308, 16–17 let), ve kterém snadná komunikace negativně korelovala s užíváním drog pouze ve dvou případech. Jednalo se za prvé o snadnou komunikaci mezi otcem a chlapcem a užíváním marihuany, za druhé o snadnou komunikaci matky a chlapce v souvislosti s kouřením. V dalších případech snadná komunikace mezi rodiči a dospívajícími (chlapci i dívkami) neměla žádný dopad na užívání návykových látek (Luk, Farhat, Iannotti, & Simons-Morton, 2010).

Mluvení o drogách

Rodiče by s dospívajícími měli o drogách mluvit (Nešpor, 2001). Ovšem záleží na strategiích, které použijí, jak ukázal laboratorní výzkum (n = 58, 12–17 let). Zjistilo se, že

pokud rodiče mluvili s dospívajícími o pravidlech proti drogám („očekávám, že nebudeš pít, dokud ti nebude 21“), tak byla vyšší pravděpodobnost užívání drog u dospívajícího. Stejně tak záporný emoční vztah rodiče k dospívajícímu koreloval s vyšší pravděpodobností užívání drog dospívajícím, ale tato korelace se neukázala jako signifikantní. Riziko snižovala naopak diskuse o scénářích („pokud by ti kamarád nabídl drogy“). Informace o následcích užívání drog nekorelovaly s užíváním drog dospívajícím (Chaplin et al., 2014).

V souvislosti s tím lze zmínit rizikový faktor benevolentního postoje rodičů k užívání drog (Nešpor, 2001), který se projevuje i v komunikaci a je v přímé souvislosti s užíváním drog dospívajícím (Bahr et al., 2005). Tolerantní postoj vyjadřuje rodič i tím, že sám užívá, a navíc tím dává dospívajícímu signál, že užívat je „normální“. Potom spíše než zakazování a moralizování funguje sociální učení (Heller, 2011).

Znalost rodičů o dospívajícím

Jak se ukázalo ve výzkumu (n = 5419, 12–14 let), úroveň znalostí rodičů o dospívajícím je přímo spojena s jeho užíváním drog. Znalost rodičů v tomto výzkumu o dospívajícím klesala s jeho rostoucím věkem a rodiče měli méně informací o chlapcích než dívkách. Výzkumníci zjistili, že vysoká úroveň znalostí (vnímána adolescenty) o dospívajícím je trvale spojena s nižším rizikem užívání drog. Pokles těchto znalostí o dospívajícím souvisel s vyšším užíváním marihuany na rozdíl od situace, kdy znalosti zůstaly víceméně stejné. Pokud se snížily pouze málo, pak byl zaznamenán mírnější nárůst užívání marihuany v průběhu času (Abar, Jackson, & Wood, 2014). Podobných výsledků bylo dosaženo i v již dříve zmíněném výzkumu, kdy méně informací o dospívajícím souviselo s jeho užíváním (Jones et al., 2015). I v české studii se ukázalo, že u dospívajících, jejichž rodiče obvykle neví, kde tráví sobotní večery, byl vyšší výskyt zkušeností s drogami než u dospívajících, jejichž rodiče tuto znalost mají (Chomynová et al., 2014). A jak již bylo zmíněno v dřívějších kapitolách, tyto informace jsou důležité také v kontextu emoční vazby a kontrolování dospívajícího.

Traumatické události

Hajný (2003a) uvádí, že mnoho závislých má v anamnéze zapsanou zkušenost s nějakou traumatickou událostí. S tím souhlasí i další čeští autoři. Může se jednat například o partnerské konflikty, sebevraždu v rodině, sexuální zneužívání, týrání, deprivaci, smrt blízkého, nehodu či hospitalizaci (Heller, 2011; Kudrle, 2003; Nešpor, 2001). Tyto události bývají pro dospívajícího stresující, a tím pádem rizikové. Vztah mezi stresujícími událostmi a užíváním drog podporují i výsledky výzkumu (Windle, 2000). Ovšem také se ukázalo, že u dospívajících závislých na heroinu není zvýšený počet stresujících událostí ve srovnání s kontrolní skupinou (Pomini

et al., 2014). Nicméně pokud se přidají i další rizikové faktory (např. zanedbávající matka), pak je dospívající vůči těmto stresovým situacím méně resilientní (Pettenon et al., 2014).

Typickým projevem těch, co zažili traumatickou událost, je užívání právě v dospívání, protože obranné mechanismy sloužící k potlačení traumatu slábnou, a proto je nutné použít jiných způsobů k potlačení. Jako řešení se nabízí drogy, které mohou emoce umrtvit či změnit (Kudrle, 2003). Carliner et al. (2016) dokonce zjistili, že vystavení jakékoli traumatické události před dosažením věku 11 je spojeno s vyšším rizikem užívání marihuany, kokainu, předepsaných léků, dalších drog a mnohonásobného užívání. Nyní si některé zatěžující a traumatizující skutečnosti uvedeme.

Násilí fyzické, psychické i sexuální

Caliner et al. (2016) píšou, že interpersonální násilí je spojeno s vyšším rizikem užívání všech typů drog i po kontrole dalších rodinných faktorů. Dospívající se zkušeností s fyzickým násilím byli vystaveni až šestkrát vyššímu riziku mnohonásobného užívání drog na rozdíl od těch bez této zkušenosti (n = 822, 11–17 let) (Snyder & Smith, 2015).

Pérez (2000) prostřednictvím dotazníků zjistil (n = 2468, 12–18 let), že fyzické násilí, ale i sexuální viktimizace a oboje dohromady (koependence) souvisí s vyšším užíváním kokainu, LSD a amfetaminu u dospívajícího. Fyzické násilí souvisí navíc ještě s vyšším užíváním marihuany. Ukázalo se dokonce, že fyzické násilí mělo největší efekt na užívání všech zmíněných substancí kromě amfetaminu, kde největší efekt měla koependence obou typů násilí (Pérez, 2000).

Podobný výzkum (n = 936, 12–16 let) se zabýval dopadem fyzického, psychického a sexuálního násilí na užívání tabáku, alkoholu a dalších drog. Ukázalo se, že chlapci v případě psychického násilí od matky či otce dvakrát více užívali tabák, v případě sexuálního zneužívání členem rodiny pětkrát více užívali drogy, v případě sexuálního zneužívání mimo rodinu čtyřikrát více užívali drogy na rozdíl od těch, kteří neměli takový zážitek. V případě kombinace několika druhů násilí se dvakrát zvýšilo riziko užívání tabáku a čtyřikrát riziko užívání drog pro ty, co hlásili pět druhů násilí. Dívky užívaly tabák dvakrát více, pokud zažily psychické násilí od matky a fyzické násilí od otce. Riziko užívání alkoholu bylo dvakrát vyšší v případě psychického násilí od matky a pětkrát vyšší v případě sexuálního zneužívání členem rodiny. V případě kombinace několika druhů násilí došlo k sedmkrát vyššímu riziku užívání tabáku a až k pětkrát vyššímu riziku užívání drog (Caballero, Ramos, González, & Saltijeral, 2010).

Sexuální násilí se podobně jako fyzické násilí ukázalo jako rizikový faktor pro mnohonásobné užívání, ale pouze u dívek (n = 1019, 13–18 let). Toto riziko bylo až pětkrát vyšší na rozdíl od dívek, které sexuální násilí nezažily (Shin, Hong, & Hazen, 2010).

Ukázalo se, že vztah mezi násilím v rodině a užíváním drog může být u chlapců zprostředkován nepřímo skrze násilné chování ve škole či šikanování druhých. U dívek se tento vztah neukázal (Espelage, Low, Rao, Hong, & Little, 2014). Nepřímé spojení násilí a užívání drog může zprostředkovat také hněv (n = 9085, 16–19 let), kdy násilí v rodině vyvolá v dospívajícím hněv, který vyvolá užití látky. Zajisté násilí v rodině a sexuální zneužívání může také přímo vyvolat užívání drog u dospívajícího, tento efekt byl ve výzkumu významnější u chlapců (Asgeirsdottir, Sigfusdottir, Gudjonsson, & Sigurdsson, 2011).

Dospívající jako svědek traumatické události

Caliner et al. (2016) zjistili, že účast dospívajícího jako svědka traumatické události někoho blízkého či „pouhé“ poslouchání této události je spojeno s vyšším rizikem užívání marihuany a dalších nelegálních drog, to ovšem po kontrole dalších rodinných proměnných nebylo signifikantní. Ve starším výzkumu (n = 9840, 12–21 let) se ale ukázalo, že svědkové hrubého násilí i po kontrole dalších rodinných proměnných více užívali alkohol, tabák a další nelegální drogy, a dokonce byli problémovými uživateli drog a alkoholu na rozdíl od těch, kteří svědky hrubého násilí nebyli (Kliewer et al., 2006).

Také dopravní nehody jako traumatické události, jsou spojeny s vyšším rizikem užívání marihuany, kokainu a dalších drog, po kontrole dalších proměnných je ale signifikantní pouze užívání kokainu (Caliner et al., 2016).

Konflikty v rodině

Vleklé konflikty, partnerské konflikty, obecně konflikty, které se odehrávají v rodině, mohou dospívajícímu přinášet zátěž (Hajný, 2003a; Heller, 2011; Nešpor & Csémy, 1995). Rizikem je také, pokud jsou v konfliktu pečovatel a dítě (McLaughlin et al., 2016).

Nejenže rodinné spory signifikantně souvisí s užíváním drog u dospívajících (Chhabra & Sodhi, 2012), ale dokonce zvyšují riziko, že dospívající s užíváním začne (Gu, Hill, Hawkins, Catalano, & Abbott, 2002). Také se ukázalo (n = 80, 16–21 let), že u dospívajících, kteří uváděli vyšší množství rodinných konfliktů, se objevilo vážnější užívání drog na rozdíl od těch, kteří rodinné konflikty v rodině neuvedli. V případě nárůstu konfliktů, došlo k nárůstu rizika užívání drog (Best et al., 2014).

Volný čas

Rodina může být nefunkční i v tom smyslu, že dospívajícímu neposkytuje dostatek podnětů. Dospívající tedy vyrůstá v nudném prostředí, ve kterém rodina nevytváří prostor pro kvalitní zájmy. To se pro něj stává rizikové (Nešpor, 2001; Nešpor & Csémy, 1995) a může vést k užívání nelegálních drog (Challier et al., 2000) kvůli nudě (Heller, 2011). Pokud je tedy atmosféra v rodině chudá a nezdravá, dochází ke zvyšování rizika užívání (Chhabra & Sodhi, 2012).

3.2.4 Dopad struktury rodiny a jejích členů na užívání drog dospívajícím

V této kapitole se budeme zabývat rizikovou strukturou rodiny, ale také rizikem, které přináší jednotlivý členové rodiny (rodiče, sourozenci a prarodiče).

Struktura rodiny

Výsledky výzkumů ukazují, že rizikovým faktorem je, pokud jeden z rodičů chybí (Barrett & Turner, 2006; Challier, Chau, Prédine, Choquet, & Legras, 2000; Chomynová et al., 2014; Kuntsche & Silbereisen, 2004; Matejevic et al., 2014; McArdle et al., 2002). V dotazníkovém šetření (n = 100, 14–24 let) až 48 % dospívajících užívajících drogy pocházelo z neúplné rodiny, zatímco u těch, kteří neužívali, to bylo „pouze“ 12 % (Matejevic et al., 2014). Tyto výsledky podporuje i další výzkum prostřednictvím rozhovorů (n = 1760, věk = 18–23), kde bylo zjištěno, že dospívající, kteří pocházeli z rodiny s jedním rodičem, vykazovali vyšší stupeň problematického užívání návykových látek než ti, kteří měli oba rodiče (Barrett & Turner, 2006). I v dalším dotazníkovém výzkumu (n = 1488, průměrný věk = 15,8) se ukázalo, že dospívající z rodiny s jedním rodičem vykazují vyšší stupeň užívání návykových látek (Kuntsche & Silbereisen, 2004).

Rizikové ovšem mohou být i další proměny struktury rodiny, např. přítomnost nevlastního rodiče či náhrada příbuzným (Barrett & Turner, 2006; Chomynová et al., 2014). Výsledky dotazníkového výzkumu (n = 5192, 15–16 let) ukazují, že v rodinách, které nebyly tvořeny oběma biologickými rodiči, byla vyšší pravděpodobnost, že adolescent bude užívat konopí (Ledoux et al., 2002). To se ukázalo i v české studii (n = 7616, 15–16 let) s užíváním alkoholu, marihuany i tabáku (Kázmér, Dzúrová, Csémy, & Spilková, 2014). Na druhou stranu ale bylo zjištěno, že rodiny s jedním rodičem, kde byl přítomen nějaký další příbuzný adolescenta, nebyly pro dospívajícího rizikové. Také rodiny s nevlastním rodičem se výrazně nelišily v množství symptomů problémového užívání adolescenta od úplných rodin (Barrett & Turner, 2006). Důvodem je nejspíše vyšší kontrola chování dospívajícího, která chybí v rodině s jedním rodičem (Hajný, 2003a).

Svěřování se se starostmi, množství společně stráveného času a komunikace se neliší v rámci úplné a neúplné rodiny. Dospívající z neúplných rodin, kteří trávili s rodičem méně času, se mu dokonce více svěřovali, ale tento výsledek nebyl statisticky významný. Také se ukázalo, že vztah mezi blízkostí s rodiči a užíváním je vysoce negativní u dospívajících z úplných i neúplných rodin s výjimkou chlapců z neúplných rodin (pravděpodobně z důvodu vyššího tlaku vrstevníků, mají více aktivit, tráví hodně času mimo rodinu) (Kuntsche & Silbereisen, 2004).

Dopad rodinné struktury na užívání drog adolescentem byl polemizován v rozsáhlém výzkumu prostřednictvím rozhovorů ($n = 6504$, průměrný věk = 15,57). Ukázalo se, že rodinná struktura nevykazuje přímý efekt na užívání drog dospívajícími. Tento efekt je ale zprostředkován dalšími faktory: užíváním vrstevníky, výchovou, vírou a problémy v sousedství (Broman, Li, & Reckase, 2008). To je vidět na adolescentech z neúplných rodin, kteří obtížněji zapadají do vrstevnické skupiny, jsou více vystaveni stresu a traumatizujícím událostem než ti s úplnou rodinou, což může také přispívat k užívání drog (Barrett & Turner, 2006).

Navíc rodinná struktura, ačkoli je vyhovující (oba rodiče), tak může hrát poměrně malou roli, pokud má dospívající kolem sebe silnou vrstevnickou skupinu, a tím je častěji vystavován riziku užívání touto cestou (McArdle et al., 2002).

Rodiče

Rodiče jsou klíčoví představitelé v životě dítěte i přesto, že v období dospívání ztrácí na síle a přibývá vliv vrstevníků (Širůčková, 2010). Často zmiňovaným rizikovým faktorem u rodičů je jejich užívání drog (Hajný, 2015; Heller, 2011; McGue et al., 2000). Další rizikové faktory související s rodiči již byly postihnuty v předchozích kapitolách (biologické aspekty, výchova, „attachment“, kontrola rodiči atd.).

Užívání drog rodiči

Hajný (2015) píše, že problém užívání se přenáší z rodiče na adolescenta prostřednictvím identifikace a samozřejmě rodič je pro dítě vzorem, ze kterého se učí (např. matka problém řeší drogami). Míra tohoto rizika je úměrná tomu, jak moc užívající rodič ovlivňuje fungování domácnosti (společně trávený čas, rituály), ale také postojem druhého rodiče k jeho závislosti.

Významnost tohoto faktoru se ukazuje ve výzkumu O'Briena a Hilla (2014), kteří se zabývali dospívajícími, kteří byli vystaveni droze i prenatálně. Zjistili, že dospívající, kteří byli vystaveni látce prenatálně, ale i postnatálně vykazovali vyšší riziko následného užívání ve srovnání pouze s prenatálním vystavením. To znamená, že pokud byli vystaveni droze prenatálně, a navíc někdo z jejich rodiny (kromě matky) užíval drogy, pak měli vyšší

pravděpodobnost, že začnou sami užívat na rozdíl od těch, kteří byli vystaveni droze „pouze“ prenatálně.

Ukázalo se, že percepce rodičovského užívání drog adolescentem je signifikantně spojena s užíváním dospívajícím. Tato souvislost je obecně silnější u nelegálních drog než legálních. Nejvíce je spojena s crackem, halucinogeny a marihuanou. Méně s amfetaminy, těkavými látkami a opiáty. U legálních drog je největší spojitost s cigaretami (Drapela & Mosher, 2007).

Užívání tabáku či marihuany (matkou) souviselo také s vyšší frekvencí užívání marihuany u dospívajícího (Day et al., 2006). Efekt užívání (matkou) na užívání dospívajícím nemusí být přímý, ale může být také zprostředkován skrze sebekontrolu adolescenta, kterou zřejmě sami deviantní rodiče s menší pravděpodobností vstřípí dospívajícímu (n = 756, 14-21 let) (Chapple, Hope, & Whiteford, 2005). Bylo také zjištěno, že pokud byl dospívající (12–17 let) v rodině, kde se užívaly drogy a zároveň měl silnou vazbu k otci, tak se u něj zvyšovalo riziko užívání drog. U matky toto riziko nalezeno nebylo (Drapela & Mosher, 2007).

Zajímavé je, že některé výzkumy ukázaly, že ve srovnání s užíváním drog sourozenci a vrstevníky má užívání rodičem poměrně malý dopad na užívání dospívajícím (Needle, 1986; Windle, 2000), což může souviset s důležitostí referenční skupiny v období adolescence. Dokonce jeden výzkum ukázal, že užívání návykových látek matkou nemá vůbec žádnou souvislost s užíváním marihuany u dospívajícího (Day et al., 2006).

Koependence

Hajný (2015 a 2003b) mluví také o rizikovém faktoru koependence (spoluzávislost). To je stav, kdy rodina umožňuje dospívajícímu užívání (popř. závislost), protože z toho má nějaké zisky (např. manželé nemusí řešit svůj dlouhodobý partnerský konflikt). Dochází k bagatelizování užívání ale i léčby, k odkládání řešení či neschopnosti udržet stanovená pravidla. Dalo by se říct, že závislost dospívajícího se stává náhradním problémem.

Nedodržení mezigeneračních hranic

Nešpor (2001) považuje za rizikový faktor také nedodržení mezigeneračních hranic v rámci vztahu rodič-dítě. Např. rodič se svěřuje dospívajícímu se svými problémy nebo si stěžuje. Problém je v nejasně vymezených rolích, kdy dospívající se stává utěшитelem. Hajný (2015) vysvětluje, že dítě v takové rodině vyrůstá v nejistotě, protože se neustále mění jeho kompetence, úroveň svobody a odpovědnosti.

Sourozenci

Většina studií z této oblasti se zaměřuje na mladšího sourozence a faktory staršího sourozence považuje za rizikové. Mezi tyto faktory patří osobnostní charakteristiky sourozence, užívání drog sourozencem a kvalita vztahu mezi nimi (např. Brook, Whiteman, Brook, & Gordon, 1991; Samek, Rueter, Keyes, McGue, & Iacono, 2015). Počet sourozenců se ukázal také rizikově v případě více než 8 sourozenců (Chhabra & Sodhi, 2012). To je ale v rozporu s jiným výzkumem, který ukázal, že užívání mladšího bratra nesouviselo s počtem sourozenců v rodině (Brook et al., 1991).

Osobnostní charakteristiky staršího bratra (kontrola emocí, psychický stres) mají skrze identifikaci efekt na osobnostní charakteristiky mladšího bratra, které souvisí s jeho užíváním drog (n = 278, 21-25 let). Tedy charakteristiky staršího bratra mají nepřímý efekt na užívání mladšího bratra (Brook et al., 1991). Limitem této studie je, že se zabývala mladší dospělostí, nikoli adolescencí, ovšem domnívám se, že proces identifikace s bratrem probíhá i v rámci adolescentního věku. Samotná identifikace se starším bratrem se ale neukázala jako rizikový faktor v jednom ze starších výzkumů (Brook, Whiteman, Gordon, & Brenden, 1983).

Užívání sourozencem

Užívání drog sourozencem zvyšuje riziko užívání drog u dospívajícího a také zvyšuje pravděpodobnost, že bude užívat nelegální drogy spíše než alkohol na rozdíl od dospívajících, kteří užívajícího sourozence nemají. (To stejné platilo pro adolescenty, kteří kamarádili s vrstevníky užívající drogy.) (Latimer et al., 2004). Ukázalo se (n = 339, 15-17 let), že užívání staršího sourozence má přímý efekt na užívání drog mladším sourozencem (Brook et al., 1983). V souladu s tím se ukázal silný vztah mezi užíváním staršího a mladšího bratra (Duncan, Duncan, & Hops, 1996; Kothari, Sorenson, Bank, & Snyder, 2014; Low, Shortt, & Snyder, 2012; Needle et al., 1986; Windle, 2000). Tento vztah byl dokonce silnější v adolescenci než v mladé dospělosti a také mezi sourozenci stejného pohlaví než smíšeného (Kothari et al., 2014).

Vztah mezi sourozenci

Vztah mezi sourozenci se ukázal jako rizikový v dotazníkovém výzkumu (n = 568, 11-21 let), ovšem pouze pro bratry. Pro sestry a smíšená sourozenectví byl vztah protektivním faktorem. Tyto výsledky se nijak nelišily v rámci adoptivních a biologických rodin (Samek et al., 2015). Jiný výzkum (n = 227, 11-16 let) uvádí, že kvalita vztahu mezi sourozenci souvisí s užíváním mladšího sourozence. Souvislost byla silnější u sesterských sourozenců než u smíšených. Vysoká vělost v sourozeneckém vztahu predikovala nižší užívání drog, naopak

konflikty ve vztahu souvisely přímo se zvýšením užívání drog u mladšího sourozence (East & Khoo, 2005). Tento efekt konfliktů může být také zprostředkován skrze příslušnost k deviantním vrstevníkům. Také spiklenectví mezi sourozenci nepřímo souvisí s užíváním drog u mladšího sourozence, a to skrze vyššího počtu deviantních vrstevníků u mladšího sourozence (Low et al., 2012).

Prarodiče

V této kapitole budou uvedeny některé výzkumy zabývající se souvislostí mezi faktory prarodičů a užíváním drog dospívajícím. Studie zaměřující se na rodiny, kde hlavou rodiny byli prarodiče (n = 66, 12–17 let), zjistila, že v těchto rodinách bylo signifikantně více dospívajících klasifikováno jako problémoví uživatelé marihuany na rozdíl od rodin, kde hlavou rodiny byli biologičtí rodiče. Rozdíly ve frekvenci užívání mezi těmito skupinami nebyly nalezeny. Limitem této studie je vzorek, ve kterém matky užívaly marihuanu, a tím mohlo být zvýšené užívání dospívajícím, a nikoli působením prarodičů (Robbins, Briones, Schwartz, Dillon, & Mitrani, 2006). Navíc jiný výzkum (n = 66, 12-18 let) poukázal na to, že dospívající vyrůstající v péči prarodičů, mají nižší riziko užívání drog na rozdíl od rodin s rodiči (Campbell, Hu, & Oberle, 2006).

Nepřímo mohou prarodiče na dospívající působit skrze výchovu. Vcelku mladá studie (n = 155, 9–17 let) se zaměřila na efekt stanovených norem prarodiči, rodiči a vrstevníky. Obecně se ukázalo, že normy stanovené prarodiči a vrstevníky odrazují od užívání drog ve srovnání s rodičovskými normami více. V rámci jednotlivých látek se ale ukázalo, že u marihuany je silný efekt především vrstevnických norem, u cigaret rodičovských a také vrstevnických norem, a u alkoholu prarodičovských a také vrstevnických (Martinez, Ayers, Kulis, & Brown, 2015).

Další výzkum poukázal na to, že dospívající vyrůstající v péči prarodičů jsou méně kontrolováni a je vyšší pravděpodobnost, že navážou vztahy s delikventními vrstevníky a že budou páchat delikventní činy (Campbell et al., 2006). Ovšem také se ukázalo, že vnímání těchto proměnných může být odlišné z pohledu rodičů, prarodičů a dospívajících. V již zmíněné studii prarodiče totiž hodnotili, že více kontrolují chování adolescenta, vnímali, že v rodině je méně rodinných konfliktů a vnímali vyšší sociální propojenost se sousedstvím a vyšší neformální kontrolu adolescenta sousedy na rozdíl od rodičů. Ovšem adolescenti vnímali prarodiče jako méně kontrolující jejich aktivity a cítili od nich méně podpory než od rodičů. Výzkumníci interpretovali výsledky tak, že prarodiče více prosazovali pravidla uvnitř rodiny, a nikoli mimo domov, což mohlo souviset s vnímáním vyšší sociální propojenosti v sousedství a neformální kontrolou. Ovšem také to nejspíše souviselo s vnímáním (z pohledu

dospívajícího) nižšího zapojení prarodičů, a tím nižší vnímanou podporou (Robbins et al., 2006).

3.3 Sociální rizikové faktory v rodině

Tato kapitola se bude zabývat socioekonomickým statusem (SES) rodiny jako rizikového faktoru a krátce také sousedstvím, kde rodina bydlí a které se SES souvisí (Gauffin, Vinnerljung, Fridell, Hesse, & Hjern, 2013; Nešpor, 2001). Výsledky studií na toto téma jsou často rozporuplné, což může být dáno v prvé řadě odlišným vymezením proměnných. SES se totiž definuje různými způsoby, např. jako úroveň vzdělání rodičů, jejich příjem či pracovní pozice. Někdy ovšem jsou tyto proměnné považovány za samostatné faktory bez ohledu na SES.

Výzkumy se shodují na tom, že je vztah mezi úrovní vzdělání matky i otce a užíváním drog dospívajícím (Hamilton, van der Maas, Boak, & Mann, 2014; Chomynová et al., 2014; Sutherland, 2012). Ukázalo se, že rodiče užívajících dospívajících jsou vzdělanostně znevýhodnění na rozdíl od rodičů dospívajících, kteří neužívají drogy. Tento vztah byl silnější pro matky (Matejevic et al., 2014). To podporují i výsledky jiného výzkumu, ve kterém se ukázalo, že pravděpodobnost užívání drog u adolescenta je nižší, čím vyšší má rodič (matka i otec) vzdělání (Small, Suzuki, & Maleku, 2014). Naopak v jiném výzkumu se ukázalo, že čím vyšší je vzdělání matky, tím vyšší je pravděpodobnost, že dospívající začne užívat kokain nebo marihuanu. Výzkumníci dokonce vypočítali, že pokud matka bude studovat o 4 roky déle, pak riziko vzroste o 27 %. Protikladné výsledky této studie výzkumníci vysvětlují měnícím se efektem SES měřeným prostřednictvím vzdělání na užívání drog dospívajícím v průběhu času. V USA v 80. a 90. letech byly rizikovější rodiny s nižším vzděláním matek. V polovině 80. let převládali dospívající užívající kokain a marihuanu v rodinách s vyšším SES, ale roku 1998 už bylo užívání kokainu častější u dospívajících v rodinách s nízkým SES, zatímco marihuana se ukázala jako vůbec nesouvisející se SES. Zjevným limitem této studie je to, že vzdělání bylo posuzováno pouze u amerických matek (Miech & Chilcoat, 2005).

Na základě měření SES rodiny prostřednictvím pracovní třídy se ukázalo, že adolescenti užívali marihuanu více, pokud pocházeli z rodiny z nízké třídy ve srovnání s nižší střední třídou (Sutherland, 2012). Obdobně dospívající pocházející z nejnižší vrstvy měli více než dvakrát vyšší riziko užívání drog než ti z nejvyšší vrstvy (Gauffin et al., 2013). Dokonce i metaanalýza devíti studií podporuje tyto výsledky a bylo v ní vypočítáno, že prevalence marihuany byla o 22 % vyšší u adolescentů s nižším SES ve srovnání s těmi s vyšším SES (Lemstra et al.,

2008). Naopak bylo nalezeno zvýšené riziko užívání konopí u vysoké vrstvy (de Looze, Janssen, Elgar, Craig, & Pickett, 2015).

Na základě uvedených výzkumů se domnívám, že nízký SES rodiny je rizikovější faktor ve srovnání s vyšším SES v případě užívání nelegálních drog. Vyšší SES status pravděpodobně hraje významnější roli v užívání tzv. lehkých drog (alkohol, cigarety, konopí) (např. de Looze et al., 2015; Gauffin et al., 2013; Miech & Chilcoat, 2005). Výsledky studií, které přináší odlišné výsledky, lze vysvětlit částečně i tím, že nízký SES rodiny lze kompenzovat dalšími faktory (např. nižší příjem rodiny - tedy nižší SES - nekoreluje s rodičovskou láskou, která může nižší SES rodiny kompenzovat) (Hemovich et al., 2011).

K objasnění dopadu SES rodiny se přičinil rozsáhlý výzkum (n = 39 542, 17 let), jehož výsledky ukázaly, že adolescenti z bohatých rodin jsou více náchylní k experimentování s konopím, užívají ho tedy častěji, ale v menších dávkách na rozdíl od adolescentů s nižším SES rodiny. Ti jsou méně náchylní k experimentování s konopím, ovšem jsou více náchylní k těžšímu a problémovému užívání dalších drog (Legleye, Beck, Khlat, Peretti-Watel, & Chau, 2012).

Nicméně ve výzkumu se také ukázalo, že SES rodiny do značné míry s užíváním marihuany u dospívajících vůbec nesouvisí (Mason & Mennis, 2010). Což podporují i výsledky dalšího výzkumu, kde se ukázalo, že příjem rodiny nijak nesouvisí s užíváním drog u dospívajících (Bergen, Gardner, Aggen, & Kendler, 2008). A dokonce ani výše týdenního kapesného, které dávají rodiče dospívajícímu, nesouvisí s užíváním nelegálních drog, ovšem souvisí s užíváním alkoholu a kouřením (Rakić, Rakić, Milošević, & Nedeljković, 2014).

Sousedství

SES rodiny také souvisí s tím, jaké je okolí rodiny (sousedství). Nízký SES rodiny zvyšuje riziko vystavení se rizikovým faktorům v sousedství, jedná se např. o deviantní dospívající (Gauffin et al., 2013), ekonomicky chudé okolí (Hoffmann, 2002; Kulis, Marsiglia, Sicotte, & Nieri, 2007), kriminalitu (de Looze et al., 2015; Kulis et al., 2007), vysokou obydlenost (Mason & Mennis, 2010), nezaměstnanost mužů (Hoffmann, 2002) či spoustu svobodných matek (Kulis et al., 2007). Ovšem tyto faktory v některých výzkumech po přidání dalších proměnných ztrácí na významnosti (např. v případě přidání rodinné struktury ztrácí významnost dopad chudoby a nezaměstnanosti mužů) (Hoffman, 2002). Rizikové také podle Nešpora (2001) je, pokud je rodina osamělá ve společnosti či pokud k ní jsou rodiče lhostejní či nepřátelští. Naopak jako protektivní faktory v sousedství se jeví pravidelné návštěvy kostelů (Brook et al., 2001; Merrill, Folsom, & Christopherson, 2005), religiozita rodičů (Merrill et al., 2005) a tzv.

kolektivní účinnost („collective efficacy“), pod kterou lze zahrnout: sociální kohezi, neformální sociální kontrolu, důvěru a podporu okolí (Fagan, Wright, & Pinchevsky, 2014).

II. NÁVRH PROJEKTU

4. Výzkumný design

4.1 Teoretická východiska

Dospívání je poměrně náročné období v životě doprovázené spoustou změn (Langmeier & Krejčířová, 2006) a typické prvním setkáním s drogami (Hajný, 2001; Chomynová et al., 2014). V tomto období dospívající začnou tíhnout k vrstevníkům a rodina zdánlivě ztrácí na své důležitosti (Nešpor, 2001). Proč je tedy důležité zabývat se rizikovými faktory v rodině? Důvodem je to, že dospívající v rodině vyrůstá a po celou dobu života pro něj hraje významnou roli. V kontextu drog rodina pomáhá formovat postoj dospívajícího k těmto látkám na základě poskytování identifikačních vzorů, vytvářením modelových situací a učením se vhodným reakcím a řešením (Presl, 1995). Hlavní rizikové faktory v rodině byly uvedeny v literárně-přehledové části.

Efekt rodiny na dospívajícího byl zkoumán různými druhy výzkumů, především kvantitativní podoby. Většina studií obsahuje několik dotazníků, které zahrnují proměnné, jejichž korelaci posléze zkoumá (např. „attachment“ a užívání drog). Kvalitativní výzkumy jsou v této oblasti spíše výjimečné, mezi jedním z nich je např. výzkum o zjišťování různých rizikových faktorů v rodině prostřednictvím focus group (McLaughlin a kol., 2016).

Tento výzkum si klade za cíl udělat krok vpřed a nezjišťovat již tolikrát zjištěné rizikové faktory v rodině, ale pokusit se právě na základě těchto zjištěných faktorů identifikovat rizikové jedince tak, aby bylo možné jim pomoci v rámci preventivních opatření. Na toto téma vytvořil Nešpor (2001) přehledový sebesposuzovací dotazník, který mapuje rizikové faktory v různých oblastech života dospívajícího. Domnívám se, že je důležité vytvořit i nástroj, kterým by i rodiče mohli identifikovat rizikové faktory v rodině, a prostřednictvím čehož by mohla být dospívajícímu poskytnuta efektivní prevence. Tento nástroj by mohl být používán v případech, kdy dospívající odmítá spolupracovat či v případech, kdy odborník potřebuje vhled do rizik rodiny.

Výstupem tohoto projektu by měla být kvalitní, a především dobře cílená prevence na užívání drog u dospívajících. Aby bylo možné dosáhnout tohoto cíle, tak je nutné, aby prevence směřovala ke konkrétním faktorům. Navíc, aby byla prevence dostatečně účinná, je dobré zahrnout těchto faktorů do preventivních opatření více (což vychází i z užívání drog jako multifaktorálního problému) (Širůčková, 2010). Nástroj vytvořený v rámci tohoto projektu by měl tyto rizikové faktory zahrnovat.

4.2 Výzkumné cíle

Cílem tohoto projektu je zmapovat situaci dospívajícího v oblasti rodiny a určit rizikové faktory, které přispívají k užívání drog tak, aby bylo možné poskytnout vhodnou prevenci.

Cílem je tedy vytvořit inventář, který bude obsahovat seznam položek pokrývajících oblast rizikových faktorů v rodině tak, jak byly rozvedeny v literárně-přehledové části. Zohledněny budou všechny 3 typy faktorů: biologické, psychologické a sociální. Ke každé z těchto oblastí bude vytvořena série položek. Úkolem je tedy vytvořit tento nástroj a provést ho řadou psychometrických kroků tak, aby ho bylo možné používat v praxi. V rámci tohoto cíle se bude také zjišťovat, na kolik je tento seznam rizikových faktorů validní. Proto zde bude uvedena podrobněji také validizační studie, která by na tuto otázku dokázala odpovědět.

4.3 Výběr a popis vzorku

Inventář bude vyplňován rodičem či oběma rodiči společně (či prarodičem, pokud o dítě pečuje). V první fázi bude zahrnovat alespoň 100 rodin, a tedy 100 vyplněných dotazníků. Aby byli rodiče zařazeni do vzorku, musí být alespoň jeden z rodičů biologickým rodičem dospívajícího (či prarodič). Tato podmínka bude jednou z otázek v inventáři, pokud bude zaškrtnuto, že dospívající nežije ani s jedním biologickým rodičem (či prarodičem), pak bude ze vzorku vyřazen. Toto omezení je dáno proto, že dotazník je i do budoucna určen právě dospívajícím z biologických rodin, a nikoli dalších podob péče.

Vzorek bude vybírán přes dospívající (chlapci i dívky) na základě dvou kritérií: dospívající navštěvuje 9. třídu základní školy (14-15 let) a vyrůstá v rodině s alespoň jedním biologickým rodičem či prarodičem. Návštěva 9. třídy je zadána z důvodu prvního setkávání s drogami.

Mezi školy budou zařazena víceletá gymnázia, základní školy a waldorfské základní školy, aby byly postihnuty všechny typy základního vzdělávání. Z vyhovujících škol bude vytvořen seznam, ze kterého budou náhodně školy vybrány prostřednictvím generátoru náhodných čísel. Školy budou výzkumníky osloveny prostřednictvím telefonu, e-mailu anebo osobně, přičemž přednost bude dáвана osobní domluvě, tak aby si obě strany mohly vyjasnit své záměry a cíle.

Do výběru škol budou kvůli reprezentativnosti vzorku zařazeny veškeré již zmíněné druhy škol na území České republiky. Seznam bude obsahovat školy ze všech krajů a typů sídel (vesnice, maloměsta, velká města), a to z toho důvodu, aby nedošlo ke zkreslení výsledků v případě sběru dat pouze v určitém místě.

4.4 Výzkumné metody

Kvantitativní metoda byla zvolena především kvůli zkoumání poměrně velkého vzorku, ale i kvůli menší finanční náročnosti, rychlejšímu sběru dat a snadnějšímu zobecnění na populaci. Také je použita metoda tužka-papír kvůli vyšší dostupnosti cílové skupiny. Jak již bylo zmíněno, využít bude inventář, který se bude jmenovat „Dotazník o zjišťování chování rodiny“. Tento název byl zvolen, aby respondent záměrně či nezáměrně nezkresloval odpovědi sociálně žádoucím směrem. Inventář bude obsahovat úvodní část s informovaným souhlasem, demografické údaje a seznam položek zahrnující rizikové faktory vycházející z literárně-přehledové části této práce. Tato metoda bude mapovat rodinné faktory v prvních 13 letech života dospívajícího z toho důvodu, že u starších dospívajících by nemuselo být jasné, zda by se odpovědi na položky týkaly následků, či příčin užívání drog (např. položka č. 3: Vždycky musím přesně vědět, kde se syn/dcera nachází.). Inventář vychází z poznatku, že dospívající mladší 13 let se s drogami setkávají pouze zřídka, a proto lze předpokládat, že rizikové faktory mapované položkami nebudou až následkem užívání drog dospívajícím.

V úvodní části bude uveden cíl výzkumníků a žádost, aby rodiče vyplňovali dotazník podle pravdy a pokud si nejsou jisti, aby se k některé z možností přiklonili. Bude zdůrazněna informace o anonymizování účastníků a použití dat pouze k výzkumným účelům. Anonymita je důležitá kvůli pravdivému odpovídání respondentů. Také budou účastníci požádáni, aby vyplňovali pečlivě, ale rychle, a aby si na konci zkontrolovali, zda vyplnili všechny položky. Také bude uveden průměrný čas potřebný k vyplnění inventáře, cca 15 minut.

Demografické údaje budou zahrnovat věk a pohlaví dospívajícího, ale i některé údaje patřící pod rizikové faktory v rodině (nejvyšší dosažené vzdělání matky a otce, počet sourozenců v rodině a položka na zařazení rodiny do socioekonomické vrstvy prostřednictvím průměrného výdaje peněz rodiny za měsíc). Také zde bude otázka na to, kdo dotazník vyplňuje a zda dospívající žije alespoň s jedním biologickým rodičem.

Další část inventáře bude obsahovat 83 položek mapujících jednotlivé rizikové faktory v rodině. Ačkoli byl inventář vytvářen na základě jednotlivých oblastí rizikových faktorů, tak v konečné verzi, kterou dostanou respondenti, budou položky seřazené náhodně pomocí generátoru náhodných čísel. Na začátku této části budou respondenti požádáni, aby vyplňovali dotazník do 13 let věku dospívajícího. Položky jsou uzavřené, což souvisí s jednoduchostí, vyšší objektivitou, vyšší reliabilitou testu a kratším časem potřebným k vyplnění. Respondenti budou odpovídat, zda s výrokem souhlasí či nesouhlasí, tedy bude použita bipolární škála.

Ta je použita z důvodu charakteru navržených položek, a navíc přináší určité zjednodušení pro odborníky, kteří s metodou budou v budoucnu pracovat.

Položky v dotazníku zahrnují položky zprostředkované, projektivní i křížové. Většina položek míří na chování, ale některé i na faktické údaje (viz položky na duševní poruchy v rodině). Celý inventář je uveden v přílohách bakalářské práce.

4.5 Průběh projektu

Po sestavení seznamu položek bude provedena kvalitativní položková analýza. Položky tedy budou konzultovány s kolegy, kteří se zaměří na srozumitelnost, vhodnost, gramatiku a celkovou kvalitu vytvořených položek. Po této kvalitativní položkové analýze budou nevyhovující položky ze seznamu vyřazeny či pozměněny.

Dále bude následovat zadání testu vybranému vzorku rodičů. Po vybrání a kontaktování škol, výzkumníci do škol přijdou, předají dotazníky učitelům vybraných tříd a poučí je o předání obálky s inventářem. Obálky budou předány v rámci třídních schůzek. Následně rodiče dotazník vyplní. V obálce kromě inventáře bude i nadepsaná obálka s adresou výzkumníka a poštovní známkou, tak aby rodiči po vyplnění stačilo pouze hodit obálku s vyplněným inventářem do schránky.

Dále bude provedena kvantitativní položková analýza, viz kapitola 4.6 a validizační studie, viz kapitola 4.7.

4.6 Analýza dat

Po sebrání dat, budou data upravena do podoby, aby mohla být zpracována v kvantitativní položkové analýze. Cílem této analýzy je upravení či odstranění nevhodných položek na základě zjištění obtížnosti položek, variability odpovědí, korelace položek s hrubým skórem a reliability. Předpokladem je, že se inventář zredukuje asi na 50 položek. Položky, u kterých bude vypočítána obtížnost přibližně menší než 0,1 a větší než 0,9, budou vyřazeny (Urbánek, Denglerová, & Širůček, 2011) – to znamená, ani příliš jednoduché a ani příliš obtížné položky nejsou žádané. Dále je počítána variace odpovědí neboli odchylka. Budou vyřazeny položky, které málo variují, tedy takové, na které téměř všichni odpověděli stejně, a které tudíž dostatečně nerozlišují v populaci. Dále bude vypočítána korelace položek s hrubým skórem. Položky, u kterých bude korelace nižší než 0,2, budou z inventáře vyřazeny, protože zřejmě neměří proměnnou tohoto testu (Urbánek et al., 2011). Ačkoli byl inventář vytvářen s myšlenkou jednodimenzionality, je nutné zahrnout úvahu o tom, že položky v inventáři by mohly sytit více faktorů. Ptáme se tedy, zda inventář neobsahuje více faktorů. Proto bude provedena faktorová analýza. Dalo by se předpokládat, že by se test mohl rozdělit na tři subtesty

podle biologických, psychologických a sociálních faktorů. Potom by bylo nutné s testem dále pracovat v rámci tohoto rozdělení.

Nakonec bude vypočítána předběžná reliabilita inventáře, očekávaná hodnota je 0,7 a vyšší. Ta bude vypočítána dvěma způsoby, a to split-half reliabilitou a vnitřní konsistencí testu. Split-half reliabilita je vypočítána na základě rozdělení testu na dvě části a jejich vzájemné korelace. Dále je vypočítána vnitřní konsistence testu prostřednictvím Kuder-Richardsonova vzorce, ten je použit z důvodu dichotomických proměnných (souhlasím – nesouhlasím) (Urbánek et al., 2011).

Na základě těchto psychometrických údajů o testu dojde k jeho úpravě. Vyřazování položek proběhne na základě výzkumníkovy individuálního zhodnocení jednotlivých výsledků kvantitativní položkové analýzy.

Konečná verze inventáře bude znovu zadána, tentokrát většímu počtu respondentů (nejméně 300), za účelem získání norem, reliability a konečné položkové analýzy. Způsob výběru vzorku a zadávání inventáře bude stejný, stejně jako analýza získaných dat. Vytvoření norem proběhne na základě získání hrubých skóru, které budou převedeny na některý standardizovaný skór. Dále bude provedena validizační studie, viz kapitola 4.7.

4.7 Návrh validizační studie

Validizace tohoto nástroje proběhne na základě tzv. kontrastní validity, kdy se předpokládá, že jedna skupina bude mít určitou proměnnou vyšší než ta druhá (v tomto případě faktor rizikové rodiny). V návrhu této studie budeme předpokládat, že rodiče dospívajících, kteří užívají drogy, dosáhnou v tomto inventáři vyššího skóru na rozdíl od rodičů, jejichž děti drogy neužívají. Výzkumnou otázkou tedy je, zda se bude suma rizikových faktorů lišit u rodin, kde dospívající užívá drogy, a u skupiny, kde dospívající drogy neužívá.

Výzkumná hypotéza

H₀: Nebude statisticky významný rozdíl v hodnotě hrubého skóru rizikových faktorů v inventáři mezi skupinou, kde dospívající užívají drogy a skupinou, kde dospívající drogy neužívají.

Popis vzorku a průběh studie

Vzorek se bude skládat ze dvou skupin. První skupina bude zahrnovat rodiče, jejichž dospívající pravděpodobně neužívají drogy. Tito rodiče budou vybíráni stejným způsobem jako v případě vytváření inventáře, bude se to týkat všech 9. tříd kromě těch, které již byly zahrnuty v předchozích fázích (předpokládaný vzorek nejméně 600 vyplněných inventářů). Druhá

skupina budou rodiče, jejich děti užívají drogy. Tato skupina bude vyhledána prostřednictvím zařízení pro drogově závislé (opět po celé ČR), kam dospívající dochází ambulantně, anebo jsou léčeni v ústavní léčbě (např. Drop In, Sananim, psychiatrické nemocnice). Všichni rodiče budou při příležitosti setkání s odborníkem požádáni, zda by se zúčastnili vytváření nové metody testu, který by pomohl dalším rodičům v podobné situaci. Vybírání budou rodiče, jejichž dospívající nepřekročili věk 18 let. Inventář budou moci vyplnit v rámci konzultace anebo si ho odnesou a vyplní doma, a posléze ho pošlou již nadepsanou obálkou výzkumníkovi. Trochu odlišný výběr rodičů od první skupiny je zvolen kvůli odlišné dostupnosti vzorku. Do vzorku budou zahrnuti všichni, kteří budou s účastí souhlasit. Předpokládá se, že vzorek bude menší než u druhé skupiny (předpokládaný vzorek alespoň 200 vyplněných dotazníků).

Analýza a interpretace dat

Po sběru budou data analyzována. Nejdříve bude popsán vzorek prostřednictvím deskriptivní statistiky (počet respondentů, věk a pohlaví dospívajícího, vzdělání rodičů, počet sourozenců). Dále bude srovnávána skupina, kde dospívající neužívají drogy a skupina, kde dospívají drogy užívají tak, aby bylo zjištěno, zda je statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. To bude analyzováno pomocí programu SPSS a za použití nepárového t-testu pro srovnání dvou nezávislých výběrů (před použitím testu dojde ještě k porovnání rozptylů skupin).

Pokud se ukáže, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinou, kde dospívající neužívají drogy a skupinou, kde dospívající drogy užívají, pak budeme moci zamítnout nulovou hypotézu. V rámci použité metody bude možné říci, že pravděpodobně měří, co má, a že je validní. Pokud ale nedojde k zamítnutí nulové hypotézy, pak tato metoda pravděpodobně nebude moc validní. Tedy nebude umět rozeznávat, zda na základě rizikových faktorů v rodině uvedených v inventáři budeme umět predikovat, jestli dospívající užívá, či neužívá drogy.

Implikace pro další validizační studie

V rámci validizace této metody by bylo možné používat i dalších validizačních studií. Jednou z nich je například validizace prostřednictvím kriteriální (prediktivní) validity. V této studii by se v rámci několika let sledovalo, zda dospívající, jehož rodiče skórovali vysoko v inventáři, začne užívat drogy. Také by šlo použít validační studie prostřednictvím konstruktové (konvergentní) validity, kde je předpoklad, že by měla být metoda v souladu s některými dalšími metodami, které se používají (např. dotazník výchovných stylů).

5. Diskuse

Mapování hlavních rizikových faktorů bylo prováděno především na základě zahraničních výzkumů, které se v této oblasti velmi dobře orientují. Českých výzkumů je spíše pomálu a česká literatura má spíše formu příruček pro rodiče nebo směřuje medicínským směrem. Důležité je ovšem zmínit, že výsledky zahraničních výzkumů se často shodují s obsahem české literatury, ale i s výsledky ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), která se bohužel zabývá rizikovými faktory v rodině jenom okrajově. Domnívám se ale, že na základě těchto podobností je možné kriticky zobecnit výsledky zahraničních výzkumů i na českou populaci.

Na základně přehledu rizikových faktorů nelze říct, který z faktorů je nejrizikovější či který je příčinou užívání. Problém užívání je multifaktoriální a nepřispívají k němu pouze rodinné faktory mapované touto prací. Je tedy nutné na každý z faktorů nahlížet kriticky a individuálně vzhledem k určitému jedinci. Efekt některých faktorů byl dokonce některými výzkumy zpochybněn s tím, že s užíváním dospívajícího vůbec nesouvisí. Jedná se o užívání drog matkou (Day et al., 2006), o vystavení fyzickému násilí (Ritter, Stewart, Bernet, Coe, & Brown, 2002; Shin, Hong, & Hazen, 2010), snadnou komunikaci mezi rodiči a dospívajícím (Luk et al., 2010) a nízký SES rodiny (Chomynová et al., 2014). Jiné výzkumy přichází také s tím, že rizikové faktory v rodině ztrácí v období dospívání na významu a důležitějším se stává působení deviantních vrstevníků. To se ukázalo u výchovných stylů (Berge et al., 2016), v rámci rodinné struktury (McArdle et al., 2002), u užívání drog rodičem (Windle, 2000), a dokonce i v rámci genetických faktorů (Kendler et al., 2014).

U některých faktorů se také neukázal přímý efekt na užívání dospívajícího, ale byl zprostředkovan přes nějakou další proměnnou, často se jednalo o vrstevnickou skupinu. To může být i jeden z důvodů, proč se vrstevnická skupina ukazuje jako významná v období dospívání, ačkoli v pozadí stojí alespoň částečně faktory rodiny. To znamená, že určitý rizikový faktor nevede k užívání, ale zvyšuje náchylnost k dalším rizikům, např. genetické faktory zvyšují senzitivitu vůči deviantním vrstevníkům (Kendler et al., 2014), jakýkoli rizikový faktor snižuje odolnost vůči stresujícím událostem (Pettenon et al., 2014) či nízký SES rodiny zvyšuje riziko vystavení faktorům v sousedství (Gauffin et al., 2013). Na tomto lze vidět i provázanost jednotlivých faktorů a také to, že se často nevyskytují samostatně, ale společně s dalšími faktory.

Domnívám se, že některé rizikové faktory nelze změnit či lze změnit pouze obtížně, např. biologické či sociální. Ovšem psychologické faktory jsou ty, které lze učit, na kterých lze

pracovat, ze kterých lze udělat faktory protektivní a které mohou vyvážit rizika biologických a sociálních faktorů. Ovšem zřejmě je nelze změnit ze dne na den a pokud dospívající již užívá drogy, tak si trůfám říct, že je už docela pozdě na to měnit fungování rodiny.

Ještě by bylo dobré dodat, že je důležité ptát se na metodologii jednotlivých výzkumů a při čtení se ptát na limity, i proto jsou v textu uváděny alespoň počty respondentů a věková skupina, na které byl výzkum prováděn.

Limity návrhu projektu

Návrh projektu má několik limitů a diskutabilních bodů. Prvním z nich je vytvořený inventář. Otázkou je, zda položky v inventáři dostatečně mapují rizikové faktory a zda vystihují jejich podstatu. Důležité je také myslet na to, že data mohou být zkreslená na základě nesrozumitelnosti položek. Ačkoli by tyto faktory měla postihnout položková analýza, nelze samozřejmě předpokládat, že pro všechny lidi budou položky pochopitelné.

Diskutabilní je také zvolená bipolární škála položek a je otázkou, zda by inventář nebylo lepší rozdělit na dvě části se dvěma různými škálami (dvoustupňová a vícestupňová). Tato škála byla zvolena především kvůli charakteru položek, ovšem některé položky by možná bylo vhodné hodnotit na škále vícestupňové. Na jednu stranu je zamezeno dávání středních hodnot, na druhou stranu dochází k ochuzení o cenná data. Je otázkou, zda by vícestupňová škála dokázala více rozlišit rizikové jedince.

Limitem dotazníku je také vyplňování v rámci prvních 13 let dospívajícího. Rodiče nemusí zaznamenat určité změny v rodině, mohou být příliš upnutí k současnosti či naopak mít pozitivní zkreslení rodiny, zvláště pokud se během puberty udály velké změny v chování rodiny. Na druhou stranu mají všichni rodiče stejný úkol a paměť je limitující proměnná, která určité do tohoto retrospektivního hodnocení zasahuje, ale je stejná pro všechny respondenty.

V souvislosti s tím lze také zmínit problém sociální desirability, kdy respondenti mohou odpovídat tak, aby se jevíli v lepším světle. V rámci toho byly učiněny preventivní kroky, aby se tomuto zkreslení co nejvíce předešlo: byl zvolen neutrální název inventáře, byla řečena informace o anonymizaci účastníků a důraz na důležitost vyplnění, také byly zařazeny různé druhy položek (křížové, zprostředkované).

Problémem se mohl jevit také celkově vysoký počet položek, hlavně v začátcích vývoje inventáře, který by mohl v respondentech vyvolat nechuť k vyplnění, únavu, zvýšenou chybovost.

Výběr vzorku by mohl být problematický v několika ohledech. Data mohou být zkreslená tím, že do vzorku nebyly zahrnuty všechny rodiny, ale pouze ty, kde byl alespoň jeden

biologický rodič anebo prarodiče. Adoptivní rodiny či dospívající vyrůstající v ústavech zařazení nebyli, a spíše by mohly být implikací pro další zkoumání, ovšem ne pro vývoj inventáře.

Ačkoli výběr škol byl učiněn generátorem náhodných čísel, tak vzorek by mohl být ovlivněn také charakteristikami či momentálními možnostmi rodičů, protože pouze ti rodiče, kteří přišli na třídní schůzky, byli do vzorku zařazení.

Také průběh sběru dat může být limitující. Otázkou je, zda by nebylo vhodnější využít online dotazník tak, aby mohli vyplnit inventář i rodiče, kteří nedorazili na třídní schůzky. Ovšem z toho důvodu, že ne všichni rodiče holdují počítačům a kvůli tomu, že by data mohla být zkreslena, protože by se nemusely zapojit rodiny s nižším socioekonomickým statusem, byla zvolena metoda tužka-papír. Problémem by mohla být také návratnost inventáře vzhledem k nutnosti aktivního jednání probandů a opět do jisté míry budou hrát roli i určité charakteristiky těch, co půjdou hodit dopis do schránky, a těch co nepůjdou.

Limity validizační studie jsou podobné limitům vývoje inventáře. Největší limit ovšem vidím v procesu výběru vzorku, který se v rámci skupin liší. Pravděpodobně bude počet probandů v těchto skupinách odlišný, stejně jako chuť se zapojit či sociální desirabilita v rámci vyplňování. Také si myslím, že by mohlo hrát významnou roli, zda o vyplnění žádá učitel či odborník. Ovšem na druhou stranu jsou oba dva autority a dalo by se očekávat, že rodiče cítí jistý závazek k oběma z nich. Také je důležité zamyslet se, na kolik je daný vzorek reprezentativní a na kolik je možné data zobecnit v rámci populace.

Budoucí směřování

V rámci této oblasti by se mohli budoucí výzkumníci zaměřit na zmapování rizik i mimo rodinu (např. vrstevníci, škola). Toto zmapování by mohlo vést k rozšíření inventáře uvedeného touto prací, a tím by se mohl tento nástroj stát přesnějším ukazatelem rizikovosti jedince.

Také by budoucí výzkumníci mohli směřovat k rozšíření vytvořeného inventáře tak, aby mohl být používán i ve školách k potřebám učitelů. To znamená, že by inventář byl vyplňován učitelem, což by mohl být důležitý zdroj k první indikaci rizikových jedinců.

Závěr

Užívání drog dospívajícími je multifaktoriální problém a přispívají k němu různé druhy faktorů. Těchto faktorů je velké množství a pro každého může být rizikovým činitelem něco jiného. Tato práce si kladla za cíl zmapovat hlavní rizikové faktory v rodině a následně na základě těchto faktorů vytvořit nástroj ke zjištění rizikovosti určitého jedince.

Nelze říct, jaké rizikové faktory v rodině jsou pro dospívajícího nejvíce rizikové už kvůli individualitě každého z nás. Ovšem důležité je neopomenout i působení vrstevníků, kteří získávají v tomto období na síle. To ale neznamená, že rodina ztrácí na své důležitosti, jak jsem se i pokusila ve své práci vystihnout. V rodině je spousta rizikových faktorů, jejichž důsledky se mohou projevit právě v období dospívání a důležité je vědět, že každý z těchto faktorů určitou mírou může přispívat k rizikovému chování dospívajícího, a proto je znalost těchto faktorů pro odborníky i učitele a potažmo i rodiče naprosto klíčová.

Myslím, že je nezbytné, aby se těmito rizikovými faktory více zabírali i čeští odborníci a aby na základě nich podnikli patřičné kroky směrem k rodině či dospívajícímu. Vždyť každý odborník či rodič by měl cílit k tomu, aby se rizikovému chování zabránilo dříve, než se objeví. Tudíž právě primární prevence je klíčová, a právě pro primární prevenci přináší tato práce důležité podněty.

Literatura

- Abar, C. C., Jackson, K. M., & Wood, M. (2014). Reciprocal Relations Between Perceived Parental Knowledge and Adolescent Substance Use and Delinquency: The Moderating Role of Parent-Teen Relationship Quality. *Developmental psychology*, 50(9), 2176-2187.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2006). Parent–Child Connectedness and Behavioral and Emotional Health Among Adolescents. *American journal of preventive medicine*, 30(1), 59-66.
- Adalbjarnardottir, S., & Hafsteinsson, L. G. (2001). Adolescents' Perceived Parenting Styles and Their Substance Use: Concurrent and Longitudinal Analyses. *Journal of Research on Adolescence*, 11(4), 401-423.
- Asgeirsdottir, B. B., Sigfusdottir, I. D., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child abuse & neglect*, 35(3), 210-219.
- Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., & Yang, X. (2005). Parental and Peer Influences on the Risk of Adolescent Drug Use. *Journal of Primary Prevention*, 26(6), 529-551.
- Barrett, A. E., & Turner, R. J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction*, 101(1), 109-120.
- Baumrind, D. (1991). The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Benchaya, M. C., Bisch, N. K., Moreira, T. C., Ferigolo, M., & Barros, H. M. (2011). Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. *Jornal De Pediatria*, 87(3), 238-244.
- Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., & Håkansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ open*, 6(1), 1-9.
- Bergen, S. E., Gardner, C. O., Aggen, S. H., & Kendler, K. S. (2008). Socioeconomic status and social support following illicit drug use: causal pathways or common liability?. *Twin Research and Human Genetics*, 11(3), 266-274.
- Best, D. W., Wilson, A. S., MacLean, S., Savic, M., Reed, M., Bruun, A., & Lubman, D. I. (2014). Patterns of family conflict and their impact on substance use and psychosocial outcomes in a sample of young people in treatment. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 9(2), 114-122.
- Branstetter, S. A., Furman, W., & Cottrell, L. (2009). The Influence of Representations of Attachment, Maternal: Adolescent Relationship Quality, and Maternal Monitoring on Adolescent Substance Use: A 2-Year Longitudinal Examination. *Child development*, 80(5), 1448-1462.

- Brody, G. H., Beach, S. R., Philibert, R. A., Chen, Y. F., Lei, M. K., Murry, V. M., & Brown, A. C. (2009). Parenting Moderates a Genetic Vulnerability Factor in Longitudinal Increases in Youths' Substance Use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(1), 1-11.
- Broman, C. L., Li, X., & Reckase, M. (2008). Family Structure and Mediators of Adolescent Drug Use. *Journal of Family Issues*, 29(12), 1625-1649.
- Brook J. S., Brook D. W., Richter L. & Whiteman M. (2013). Risk and Protective Factors of Adolescent Drug use: Implications for Prevention Programs. In Z. Sloboda, & W. J. Bukoski, (Eds.). *Handbook of drug abuse prevention*, (265-288). New York: Springer Science & Business Media.
- Brook, J. S., Brook, D. W., De La Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E., & Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family, and environmental factors. *Journal of behavioral medicine*, 24(2), 183-203.
- Button, T. M., Rhee, S. H., Hewitt, J. K., Young, S. E., Corley, R. P., & Stallings, M. C. (2007). The role of conduct disorder in explaining the comorbidity between alcohol and illicit drug dependence in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(1), 46-53.5
- Caballero, M. A., Ramos, L., González, C., & Saltijeral, M. T. (2010). Family Violence and Risk of Substance Use among Mexican Adolescents. *Child abuse & neglect*, 34(8), 576-584.
- Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol dependence*, 138, 185-192.
- Campbell, L. R., Hu, J., & Oberle, S. (2006). Factors Associated with Future Offending: Comparing Youth in Grandparent-Headed Homes with those in Parent-Headed Homes. *Archives of psychiatric nursing*, 20(6), 258-267.
- Carliner, H., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., Meyers, J. L., Dunn, E. C., & Martins, S. S. (2016). Childhood Trauma and Illicit Drug Use in Adolescence: A Population-Based National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 701-708.
- Clausen, S. E. (1996). Parenting Styles and Adolescent Drug Use Behaviours. *Childhood*, 3(3), 403-414.
- Dawes, M. A., Mathias, C. W., Richard, D. M., Hill-Kapturczak, N., & Dougherty, D. M. (2008). Adolescent Suicidal Behavior and Substance Use: Developmental Mechanisms. *Substance abuse: research and treatment*, 2, 13-28.
- Day, N. L., Goldschmidt, L., & Thomas, C. A. (2006). Prenatal marijuana exposure contributes to the prediction of marijuana use at age 14. *Addiction*, 101(9), 1313-1322.
- de Looze, M., Janssen, I., Elgar, F. J., Craig, W., & Pickett, W. (2015). Neighbourhood crime and adolescent cannabis use in Canadian adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 146, 68-74.

- Delaney-Black, V., Chiodo, L. M., Hannigan, J. H., Greenwald, M. K., Janisse, J., Patterson, G., ... & Sokol R. J. (2011). Prenatal and postnatal cocaine exposure predict teen cocaine use. *Neurotoxicology and teratology*, 33(1), 110-119.
- Dick, D. M., & Agrawal, A. (2008). The Genetics of Alcohol and Other Drug Dependence. *Alcohol Research & Health*, 31(2), 111-119.
- Distel, M. A., Vink, J. M., Bartels, M., van Beijsterveldt, C. E., Neale, M. C., & Boomsma, D. I. (2011). Age moderates non-genetic influences on the initiation of cannabis use: a twin-sibling study in Dutch adolescents and young adults. *Addiction*, 106(9), 1658-1666.
- Dorius, C. J., Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., & Harmon, E. L. (2004). Parenting Practices as Moderators of the Relationship between Peers and Adolescent Marijuana Use. *Journal of Marriage and Family*, 66(1), 163-178.
- Drapela, L. A., & Mosher, C. (2007). The Conditional Effect of Parental Drug Use on Parental Attachment and Adolescent Drug Use: Social Control and Social Development Model Perspectives. *Journal Of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 63-87.
- Ducci, F., & Goldman, D. (2012). The Genetic Basis of Addictive Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(2), 495-519.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Hops, H. (1996). The role of parents and older siblings in predicting adolescent substance use: Modeling development via structural equation latent growth methodology. *Journal of Family Psychology*, 10(2), 158-172.
- East, P. L., & Khoo, S. T. (2005). Longitudinal pathways linking family factors and sibling relationship qualities to adolescent substance use and sexual risk behaviors. *Journal of Family Psychology*, 19(4), 571-580.
- Espelage, D. L., Low, S., Rao, M. A., Hong, J. S., & Little, T. D. (2014). Family violence, bullying, fighting, and substance use among adolescents: A longitudinal mediational model. *Journal of Research on Adolescence*, 24(2), 337-349.
- Fagan, A. A., Wright, E. M., & Pinchevsky, G. M. (2014). The Protective Effects of Neighborhood Collective Efficacy on Adolescent Substance Use and Violence Following Exposure to Violence. *Journal of youth and adolescence*, 43(9), 1498-1512.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M., & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*, 108(8), 1441-1449.
- Giancola, P. R., Shoal, G. D., & Mezzich, A. C. (2001). Constructive thinking, executive functioning, antisocial behavior, and drug use involvement in adolescent females with a substance use disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(2), 215-227.
- Guo, J., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2002). A Developmental Analysis of Sociodemographic, Family, and Peer Effects on Adolescent Illicit Drug Initiation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(7), 838-845.
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada.

- Hajný, M. (2003a). Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti. In K. Kalina, & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*, (140-144). Praha: Úřad vlády České republiky
- Hajný, M. (2003b). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In K. Kalina, & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*, (135-139). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*, (172-189). Praha: Grada publishing.
- Hamilton, H. A., van der Maas, M., Boak, A., & Mann, R. E. (2014). Subjective Social Status, Immigrant Generation, and Cannabis and Alcohol Use Among Adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 43(7), 1163-1175.
- Heller, J. (2011). Riziková mládež. In J. Heller, & O. Pecinová (Eds.), *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*, (171-195). Praha: Togga.
- Hoffmann, J. P. (2002). The Community Context of Family Structure and Adolescent Drug Use. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 314-330.
- Huibregtse, B. M., Corley, R. P., Wadsworth, S. J., Vandever, J. M., DeFries, J. C., & Stallings, M. C. (2016). A Longitudinal Adoption Study of Substance Use Behavior in Adolescence. *Twin research and human genetics*, 19(4), 330-340.
- Challier, B., Chau, N., Prédine, R., Choquet, M., & Legras, B. (2000). Associations of Family Environment and Individual Factors with Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Use in Adolescents. *European Journal of epidemiology*, 16(1), 33-42.
- Chan, Y., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 14-24.
- Chaplin, T. M., Hansen, A., Simmons, J., Mayes, L. C., Hommer, R. E., & Crowley, M. J. (2014). Parental-Adolescent Drug Use Discussions: Physiological Responses and Associated Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), 730-735.
- Chapple, C. L., Hope, T. L., & Whiteford, S. W. (2005). The direct and indirect effects of parental bonds, parental drug use, and self-control on adolescent substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 14(3), 17-38.
- Chhabra, G. S., & Sodhi, M. K. (2012). Impact of Family Conflict on the Psychosocial Behaviour in Male Adolescents. *Journal Of Nepal Paediatric Society*, 32(2), 124-131.
- Chomynová, P., Csémy, L., Grolmusová, L., & Sadílek, P. (2014). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Jones, J. D., Ehrlich, K. B., Lejuez, C. W., & Cassidy, J. (2015). Parental knowledge of adolescent activities: Links with parental attachment style and adolescent substance use. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 191-200.

- Kalina, K. (2003). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In K. Kalina, & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*, (15-24). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2015). Bio-psycho-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*, (101-128). Praha: Grada publishing.
- Kázmér, L., Dzúrová, D., Csémy, L., & Spilková, J. (2014). Multiple health risk behaviour in Czech adolescents: Family, school and geographic factors. *Health & place*, 29, 18-25.
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2014). Peer deviance, parental divorce, and genetic risk in the prediction of drug abuse in a nationwide Swedish sample: evidence of environment-environment and gene-environment interaction. *JAMA psychiatry*, 71(4), 439-445.
- Kendler, K. S., Sundquist, K., Ohlsson, H., Palmér, K., Maes, H., Winkleby, M. A., & Sundquist, J. (2012). Genetic and Familial Environmental Influences on the Risk for Drug Abuse A National Swedish Adoption Study. *Archives of general psychiatry*, 69(7), 690-697.
- Kliwer, W., Murrelle, L., Prom, E., Ramirez, M., Obando, P., Sandi, L., & del Carmen Karenkeris, M. (2006). Violence exposure and drug use in Central American youth: Family cohesion and parental monitoring as protective factors. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 455-478.
- Kothari, B. H., Sorenson, P., Bank, L., & Snyder, J. (2014). Alcohol and Substance Use in Adolescence and Young Adulthood: The Role of Siblings. *Journal of family social work*, 17(4), 324-343.
- Kožený, J., Csémy, L., & Tišanská, L. (2016). Prediktory rizikového užívání kanabisu u adolescentů: Nálezy z projektu ESPAD. *Ceskoslovenska Psychologie*, 60(6), 584-596.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina, & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*, (90-149). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kulis, S., Marsiglia, F. F., Sicotte, D., & Nieri, T. (2007). Neighborhood Effects on Youth Substance Use in a Southwestern City. *Sociological Perspectives*, 50(2), 273-301.
- Kuntsche, E. N., & Silbereisen, R. K. (2004). Parental Closeness and Adolescent Substance Use in single and two-parent Families in Switzerland. *Swiss Journal Of Psychology*, 63(2), 85-92.
- Langbehn, D. R., Cadoret, R. J., Caspers, K., Troughton, E. P., & Yucuis, R. (2003). Genetic and environmental risk factors for the onset of drug use and problems in adoptees. *Drug and alcohol dependence*, 69(2), 151-167.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. aktualizované vydání). Praha: Grada.

- Latimer, W., Floyd, L. J., Kariis, T., Novotna, G., Exnerova, P., & O'Brien, M. (2004). Peer and sibling substance use: predictors of substance use among adolescents in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(4), 225-232.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., & Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*, 37(1), 52-60.
- Legleye, S., Beck, F., Khlat, M., Peretti-Watel, P., & Chau, N. (2012). The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 50(4), 395-402.
- Lemstra, M., Bennett, N. R., Neudorf, C., Kunst, A., Nannapaneni, U., Warren, L. M., ... & Scott, C. R. (2008). A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 172-177.
- Lemstra, M., Bennett, N. R., Neudorf, C., Kunst, A., Nannapaneni, U., Warren, L. M., ... & Scott, C. R. (2008). A Meta-analysis of Marijuana and Alcohol Use by Socio-economic Status in Adolescents Aged 10-15 Years. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 99(3), 172-177.
- Low, S., Shortt, J. W., & Snyder, J. (2012). Sibling influences on adolescent substance use: The role of modeling, collusion, and conflict. *Development and psychopathology*, 24(01), 287-300.
- Luk, J. W., Farhat, T., Iannotti, R. J., & Simons-Morton, B. G. (2010). Parent-child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters?. *Addictive behaviors*, 35(5), 426-431.
- Martinez, I., Fuentes, M., Garcia, F., & Madrid, I. (2013). The parenting style as protective or risk factor for substance use and other behavior problems among Spanish adolescents. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Martinez, M. J., Ayers, S. L., Kulis, S., & Brown, E. (2015). The Relationship Between Peer, Parent, and Grandparent Norms and Intentions to Use Substances for Urban American Indian Youths. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 24(4), 220-227.
- Mason, M. J., & Mennis, J. (2010). An exploratory study of the effects of neighborhood characteristics on adolescent substance use. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 33-50.
- Matejevic, M., Jovanovic, D., & Lazarevic, V. (2014). Functionality of Family Relationships and Parenting Style in Families of Adolescents with Substance Abuse Problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128, 281-287.
- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., ... & Michels, I. (2002). European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97(3), 329-336.
- McGue, M., Elkins, I., & Iacono, W. G. (2000). Genetic and environmental influences on adolescent substance use and abuse. *American journal of medical genetics*, 96(5), 671-677.

McLaughlin, A., Campbell, A., & McColgan, M. (2016). Adolescent Substance Use in the Context of the Family: A Qualitative Study of Young People's Views on Parent-Child Attachments, Parenting Style and Parental Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 51(14), 1846-1855.

Merrill, R. M., Folsom, J. A., & Christopherson, S. S. (2005). The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious preference. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 33(8), 821-836.

MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 4. 2014. (2014). Praha: ÚZIS. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Miech, R., & Chilcoat, H. (2005). Maternal education and adolescent drug use: a longitudinal analysis of causation and selection over a generation. *Social Science & Medicine*, 60(4), 725-735.

Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*, (49-81). Praha: Grada publishing.

Needle, R., McCubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A., & Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use—the role of older siblings, parents, and peers. *International Journal of the Addictions*, 21(7), 739-766.

Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.

Nešpor, K., & Csémy, L. (1995). *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat* (3. rozšířené vydání). Praha: Sportpropag, a. s.

O'Brien, J. W., & Hill, S. Y. (2014). Effects of Prenatal Alcohol and Cigarette Exposure on Offspring Substance Use in Multiplex, Alcohol-Dependent Families. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(12), 2952-2961.

Pérez, D. M. (2000). The relationship between physical abuse, sexual victimization, and adolescent illicit drug use. *Journal of Drug Issues*, 30(3), 641-662.

Pettenon, M., Kessler, F. H., Guimarães, L. S., Pedroso, R. S., Hauck, S., & Pechansky, F. (2014). Perceptions of parental bonding in freebase cocaine users versus non-illicit drug users. *Indian journal of medical research*, 139(6), 835-840.

Pfinder, M., Liebig, S., & Feldmann, R. (2014). Adolescents' use of alcohol, tobacco and illicit drugs in relation to prenatal alcohol exposure: modifications by gender and ethnicity. *Alcohol and alcoholism*, 49(2), 143-153.

Pomini, V., Gournellis, R., Kokkevi, A., Tomaras, V., Papadimitriou, G., & Liappas, J. (2014). Rejection Attitudes, Poor Parental Bonding, and Stressful Life Events in Heroin Addicts' Families. *Substance use & misuse*, 49(14), 1867-1877.

Porath, A. J., & Fried, P. A. (2005). Effects of prenatal cigarette and marijuana exposure on drug use among offspring. *Neurotoxicology and teratology*, 27(2), 267-277.

Presl, J. (1995). *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?* (2. rozšířené vydání). Praha: Maxdorf.

Prom-Wormley E., Maes H. H., & Scheier L. M. (2014). Parental Influence on Adolescent Drug Use. In L. M. Scheier, & W. B. Hansen (Eds.), *Parenting and Teen Drug Use: The Most Recent Findings from Research, Prevention, and Treatment*, (15-36). New York: Oxford University Press.

Rakić, D. B., Rakić, B., Milošević, Z., & Nedeljković, I. (2014). The prevalence of substance use among adolescents and its correlation with social and demographic factors. *Vojnosanitetski pregled*, 71(5), 467-473.

Rhee, S. H., Hewitt, J. K., Young, S. E., Corley, R. P., Crowley, T. J., & Stallings, M. C. (2003). Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Archives of general psychiatry*, 60(12), 1256-1264.

Ritter, J., Stewart, M., Bernet, C., Coe, M., & Brown, S. A. (2002). Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems, and self-esteem. *Journal of traumatic stress*, 15(2), 113-122.

Robbins, M. S., Briones, E., Schwartz, S. J., Dillon, F. R., & Mitrani, V. B. (2006). Differences in family functioning in grandparent and parent-headed households in a clinical sample of drug-using African American adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(1), 84-100.

Rodgers-Farmer, A. Y. (2001). Parental monitoring and peer group association: Their influence on adolescent substance use. *Journal of Social Service Research*, 27(2), 1-18.

Shin, S. H., Hong, H. G., & Hazen, A. L. (2010). Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*, 109(1), 226-235.

Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., & Sack, P. M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & human development*, 11(3), 307-330.

Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., & Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9(2), 111-126.

Silberg, J., Rutter, M., D'Onofrio, B., & Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 664-676.

Small, E., Suzuki, R., & Maleku, A. (2014). The Impact of Family and Parental Education on Adolescents' Substance Use: A Study of US High School Seniors. *Social work in public health*, 29(6), 594-605.

Snyder, S. M., & Smith, R. E. (2015). Do Physical Abuse, Depression, and Parental Substance Use Influence Patterns of Substance Use Among Child Welfare Involved Youth? Substance Use Misuse. *Substance use & misuse*, 50(2), 226-235.

Sutherland, A. (2012). Is parental socio-economic status related to the initiation of substance abuse by young people in an English city? An event history analysis. *Social Science & Medicine*, 74(7), 1053-1061.

Širůčková M., (2010). Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová, & P. Novák (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství*, (30-38). Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010). Trajectories of Parental Monitoring and Communication and Effects on Drug Use Among Urban Young Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 560-568.

Tornay, L., Michaud, P. A., Gmel, G., Wilson, M. L., Berchtold, A., & Surís, J. C. (2013). Parental monitoring: a way to decrease substance use among Swiss adolescents?. *European journal of pediatrics*, 172(9), 1229-1234.

Trucco, E. M., Hicks, B. M., Villafuerte, S., Nigg, J. T., Burmeister, M., & Zucker, R. A. (2016). Temperament and externalizing behavior as mediators of genetic risk on adolescent substance use. *Journal of abnormal psychology*, 125(4), 565-575.

Urbánek, T., Denglerová, D., & Širůček, J. (2011). *Psychometrika: měření v psychologii*. Praha: Portál.

Vitaro, F., Hartl, A. C., Brendgen, M., Laursen, B., Dionne, G., & Boivin, M. (2014). Genetic and Environmental Influences on Gambling and Substance Use in Early Adolescence. *Behavior genetics*, 44(4), 347-355.

Windle, M. (2000). Parental, Sibling, and Peer Influences on Adolescent Substance Use and Alcohol Problems. *Applied Developmental Science*, 4(2), 98-110.

Zhai, Z. W., Kirisci, L., Tarter, R. E., & Ridenour, T. A. (2014). Psychological dysregulation during adolescence mediates the association of parent-child attachment in childhood and substance use disorder in adulthood. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 40(1), 67-74

Přílohy

Dotazník o zjišťování chování rodiny

Vážení rodiče, ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník obsahuje 83 položek a jeho vyplnění trvá asi 15 minut. Veškeré informace budou anonymizovány a údaje, které do dotazníku uvedete nebudou spojovány s Vaším jménem a budou sloužit výhradně k výzkumným účelům. Žádná z odpovědí, kterou zvolíte není špatná. Proto Vás prosím, abyste odpovídali zcela podle pravdy.

Tento dotazník bude sloužit k vytvoření metody, která bude schopná zachytit včas dospívající, kteří jsou nějakým způsobem ohroženi, a poskytnout pomoc jim anebo celé rodině, proto je velmi důležité, abychom získali pravdivé údaje. Prosíme Vás, abyste vyplňovali dotazník pečlivě, ale rychle. Po zodpovězení všech položek raději zkontrolujte, zda jste opravdu odpověděli na všechny položky.

Pokud souhlasíte s účastí, pokračujte dále.

Děkujeme za spolupráci!

Demografické údaje

Následující údaje označte zakroužkováním anebo odpověď vypište.

Dotazník vyplňuje:

- a) maminka
- b) tatínek
- c) maminka i tatínek
- d) prarodič
- e) někdo jiný:

Dospívající vyrůstá s alespoň jedním biologickým rodičem: ano - ne

Pohlaví dospívajícího: muž - žena

Věk dospívajícího:

Počet sourozenců dospívajícího:

Nejvyšší dosažené vzdělání matky:

- a) základní
- b) střední škola
- c) střední škola s maturitou
- d) vysokoškolské

Nejvyšší dosažené vzdělání otce:

- a) základní
- b) střední škola
- c) střední škola s maturitou
- d) vysokoškolské

Průměrná suma peněz, kterou Vaše rodina utratí za měsíc:

Dotazník o zjišťování chování rodiny

*Následující část obsahuje výroky, které se týkají **pouze prvních 13 let života** dospívajícího. Prosím vyplňujte tedy, jak to ve Vaší rodině bylo, než Vaše dítě dosáhlo 13 roku života.*

Pokud s výrokem budete souhlasit, pak označte fajfkou pole „souhlasím“. Pokud s výrokem souhlasit nebudete, pak označte pole „Nesouhlasím“. Pokud nebudete vědět, jakou možnost zvolit, přikloňte se k té, která je Vaší odpovědi bližší. Žádná z odpovědí není špatná, proto prosím odpovídejte podle pravdy.

Seznam obsahuje i výroky, které nejsou povinné vyplnit, tyto výroky jsou označeny hvězdičkou. Položky o partnerovi vztahujte k partnerovi, se kterým dospívající strávil podstatnou část života.

	souhlasím	Nesouhlasím
1. Myslím, že ostatní matky/otcové své děti hlídají více než já.		
2. Ostatní lidé o nás říkají, že jsme bohatší než oni.		
3. Vždycky musím přesně vědět, kde se syn/dcera nachází.		
4. Myslím si, že naše rodina si může dovolit utrácet více peněz než ostatní rodiny v okolí.		
5. Léčil/a jsem se s duševní nemocí.		
6. Syn/dcera se se mnou či partnerem/partnerkou obvykle radí předtím, než něco udělá.		
7. Ostatní nám závidí, jak otevřeně můžeme se synem/dcerou hovořit.		
8. Myslím si, že syn/dcera se se sourozencem často dostává do konfliktů. *		
9. Během těhotenství jsem/matka několikrát týdně vypila sklenku vína nebo vykouřila cigaretu.		
10. S partnerem/partnerkou jsme neměli nikdy moc čas dělat něco se synem/dcerou společně.		
11. Někdy se přistihnu, jak myslím na to, že bych svého syna/svoji dceru chtěla sledovat.		
12. U některého ze sourozenců dospívajícího byla diagnostikována duševní porucha. *		

13. Často vidím, jak se můj syn/moje dcera nudí.		
14. Svoji pracovní pozici i pozici svého partnera/svojí partnerky hodnotím jako lepší než pracovní pozice ostatních rodičů.		
15. Někdy se synem/dcerou nemluvím i několik dní.		
16. Když se dívám na své děti, říkám si, jak je skvělé, že mají mezi sebou tak dobrý vztah. *		
17. Často jsem na syna/dceru našťvaná.		
18. Pravidelně piji alkohol či kouřím cigarety.		
19. Syn/dcera byl svědkem, jak mi někdo fyzicky ubližuje.		
20. Já i můj partner/moje partnerka docházíme do zaměstnání.		
21. Lidé si myslí, že svého syna/svoji dceru vychovávám ve značné volnosti.		
22. Užívání drog bych u svého dítěte netoleroval/a.		
23. Můj syn/moje dcera se mi obvykle svěřuje se svými starostmi.		
24. Dospívající má se svým sourozencem dobrý vztah. *		
25. Od té doby, co jsem rodič, jsem neužil/a žádnou drogu.		
26. Mému partnerovi/mé partnerce byla diagnostikována duševní porucha.		
27. Pokud bych věděl/a, že můj syn/moje dcera užívá drogy, zabránil/a bych tomu.		
28. Myslím, že je normální, že se syn/dcera nesvěřuje mě, ale kamarádům.		
29. Můj syn/moje dcera je na mě často našťvaná.		
30. Myslím, že můj syn/moje dcera má méně povinností než jiné děti.		
31. Často se se synem/dcerou hádám.		
32. Myslím si, že bych syna/dceru měla více kontrolovat.		
33. Ostatní lidi by o naší rodině řekli, že se pořád hádáme.		
34. Nikdy bych svého syna/dceru nezavrhl/a.		
35. Můj syn/moje dcera byla aspoň jednou bita partnerem/partnerkou.		
36. Já nebo můj partner/moje partnerka užíváme pravidelně drogy.		
37. Myslím si, že dospívající má mnoho mimoškolních aktivit.		

38. Když byl/a můj syn/moje dcera malý/á, často jsme pořád něco dělali (jezdili na lyže, na výlety, na kolo, brusle apod.).		
39. Nikdy bych nešla za svým synem/dcerou s tím, že mě něco trápí.		
40. Někdy mi přijde, že se o svého syna/svoji dceru starám až moc.		
41. Bratr/sestra dospívajícího pravidelně kouří či pije alkohol. *		
42. Můj syn/moje dcera mají spoustu úkolů, které musí za den splnit (umýt nádobí, uklidit).		
43. Nikdo z rodiny netrpí žádnou duševní poruchou.		
44. Můj syn/ moje dcera často v rozhovoru se mnou projevují své emoce.		
45. Nenapadlo by mě stěžovat si na svého partnera/svoji partnerku svému synovi/své dceři.		
46. Myslím, že ostatní mají se svým dítětem bližší vztah než já.		
47. Často se s dospívajícím dostávám do konfliktů.		
48. Můj partner pravidelně pije alkohol či kouří cigarety.		
49. Bratr/sestra dospívajícího užívá drogy. *		
50. Syn/dcera viděl/a, když mi někdo psychicky ubližoval (nadával mi, ponižoval mě).		
51. Našemu dítěti byla diagnostikována na základě vyšetření duševní nemoc.		
52. Syn/dcera mají jasně dané pravidlo, že nesmí pít, kouřit či užívat drogy.		
53. Lidé o mně říkají, že jsem ke svému synovi/dceři velmi přísná.		
54. Syn/dcera vyrůstá pouze s jedním z rodičů.		
55. Matka dospívajícího nikdy během těhotenství neužívala drogy, nepila alkohol a nekouřila.		
56. Dospívající vesměs vyrůstal se svými prarodiči, kteří se o něj starali většinu času (více než já s partnerem/partnerkou).		
57. Syn/dcera byl/a vystavena nějaké traumatizující události (fyzické násilí, úmrtí v rodině, hospitalizace, autonehoda apod.).		
58. Když opravdu o něco jde, pak za mnou či mým partnerem/mou partnerkou syn/dcera přijde a chce poradit.		

59. Můj syn/moje dcera mi vždycky říká, kam jde a s kým jde.		
60. Řešili jsme se synem/dcerou situaci, ve které by mu/ji někdo mohl nabídnout drogy a řešili jsme, co by bylo vhodné v této situaci udělat.		
61. Mám se synem/dcerou velmi blízký vztah.		
62. Řekl/a bych o sobě, že jsem velmi důsledný/á při kontrole toho, zda syn/dcera splnil/a to, o co jsem jí požádal/a.		
63. Často se dospívajícího ptám, co dělal odpoledne a ptám se ho na jeho plány na víkend.		
64. Se synem/dcerou jsme řešili, že nesmí užívat drogy.		
65. Ještě nikdy se nestalo, že by mi syn/dcera přišel/přišla říct, co ho/jí trápí.		
66. Nikdy by mě nenapadlo povídat si se synem/dcerou o tom, co by udělal, kdyby mu někdo nabídl drogy.		
67. Se synem/dcerou mluvím zcela otevřeně.		
68. Nedokážu si představit, že by mi syn/dcera nic neřekla o svém dnu.		
69. Můj partner/moje partnerka mě nikdy neuhodil/a.		
70. Zním všechny koníčky, které můj syn/moje dcera má.		
71. S mým partnerem/mojí partnerkou se často dostáváme do konfliktů.		
72. Můj partner/moje partnerka to někdy s péčí o syna/dceru přehání.		
73. Ačkoli mému synovi/dceři ještě nebylo 18, občas mu/ji dovolím, aby zkusil sklenku alkoholu nebo cigaretu.		
74. Myslím si, že každý by si měl v životě zkusit vzít nějakou drogu.		
75. Ještě se mi nestalo, že bychom se se synem/dcerou hádali/y.		
76. Můj syn/moje dcera rozhodně nikdy nebyl/a sexuálně zneužit/a.		
77. Někdy se mi stává, že jdu za synem/dcerou a vyprávím mu/jí o tom, co mě trápí.		
78. Ostatní by o mně řekli, že si rád/a dám sklenku vína či piva.		

79. Můj partner/moje partnerka mě nikdy záměrně neponižuje.		
80. Syn/dcera poslouchají, když se v rodině líčí nějaká bolestivá zkušenost (autonehoda, násilí apod.).		
81. Můj syn/moje dcera mi řekne, když se mu/jí něco nelíbí.		
82. Syna/dceru jsem již několikrát výchovně zbil/a.		
83. Ani nevím, co přesně můj syn/dcera dělá po škole.		

V případě jakýchkoli dotazů či připomínek neváhejte kontaktovat výzkumníky na následující e-mailové adrese: e.kulhankova04@gmail.com, či využijte prostoru pro poznámky níže. Děkujeme Vám za vyplnění!

Prostor pro poznámky: